

**L'ASSOCIATION
DU GLAUCOME PRIMITIF
ET DU DÉCOLLEMENT IDIOPATHIQUE
DE LA RÉTINE**

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 AVRIL 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

LEQUIN Michèle

Née le 25 Novembre 1938 à LYON (Rhône)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1964

L'ASSOCIATION
DU GLAUCOME PRIMITIF
ET DU DÉCOLLEMENT IDIOPATHIQUE
DE LA RÉTINE

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens honoraires :

MM. J. LÉPINE
H. HERMANN

Doyen :

Membre de l'Institut. J.F. CIER
Correspondant de l'Institut.

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LÉPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN,
GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DÉCHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et Toxicologie
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
ENSELME	Chimie biologique et médicale
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Hygiène et Action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie
COUDERT	Parasitologie et Pathologie exotique
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phtisiologie
CREYSSEL J.	Clinique traumatologique des membres
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique
GIRARD P.	Pathologie générale et expérimentale
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD M.	Thérapeutique
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique des maladies infectieuses
GONIN	Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale
MONNET	Bactériologie
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de Chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique Stomatologique
MARION J.	Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT L.	Histologie et embryologie
PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD P.	Clinique de Chirurgie cardiaque
X...	Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge
X...	Biologie médicale et pharmacodynamie

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
BERTOYE A.	Bactériologie
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie pharmaceutique
SARROUY	Clinique de Pédiatrie
LACROIX	Climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LEQUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Médecine générale
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie
CIER A.	Pharmacie chimique et Pharmacologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS TITULAIRES

MM. CREYSEL R.	Chimie biologique	MM. TOMMASI	Anatomie pathologique
THIVOLET	Hygiène	BUFFARD	Electro-radiologie
GARIN	Parasitologie	LEJEUNE	Méd. gén. et thérapeutique
PINET	Electro-radiologie	De MOURGUES F.	Stomatologie
ODDOUX	Botanique et cryptogamie	NAUSSAC	Maladies infectieuses
De SOLLIERS	Chimie analytique	REBOUILLAT	Chirurgie générale
TOLOT	Médecine du Travail	ROMAGNY	Pédiatrie
DESPIERRE	Médecine générale	DELAHAYE J.	Médecine générale
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie	DELEUZE R.	Anesthésiologie
DESCOTES	Chirurgie générale	GIRAUD M.	Electro-radiologie diagnos- tic et thérapeutique.
JOUVET	Pathologie expérimentale		Anesthésiologie
PEYRIN	Physique biologique	MICHEL	

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES

MM. DUROUX	Anatomie	MM. MALLEIN	Chimie analytique
BRETTE	Thérapeutique	RIFFAT	Hygiène
BOUCHET	Anatomie	FAUCON	Biologie médicale et phar- macodynamie
FAVRE-GILLY	Hématologie	FLANDROIS	Physiologie
GIROD	Histologie et embryologie	VIALLER-RAYNARD	Bactériologie
GRAS	Chimie biologique		

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BURTHIAULT	Obstétrique	MM. ALLEGRE	Neuro-chirurgie
R. FRANÇOIS	Pédiatrie et Puériculture	CHASSARD	Electro-radiologie
GIGNOUX	Oto-rhino-laryngologie	FAYSSE	Orthopédie
GUILLEMIN	Chirurgie générale	GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
JAUBERT de BRAUJOU	Chirurgie générale	GARDE	Médecine générale
MARION P.	Chirurgie générale	HUGONNIER	Ophthalmologie
PLAUCHU	Médecine générale	KALB	Pneumo-phthisiologie
PONT	Médecine générale	LARBRE	Médecine générale
SAUTOT	Chirurgie générale	MARET	Chirurgie générale
TRAEGER	Médecine générale	MORNEX	Médecine générale
VIGNON	Médecine générale	NORMAND	Médecine générale
BONAMOUR	Ophthalmologie	PERRIN A.	Médecine générale
COLIN	Médecine Légale	BETHENOD	Pédiatrie et puériculture
COLOMB	Dermatologie	DUMAS	Stomatologie
De MOERGUES G.	Chirurgie générale	FRIES	Médecine générale
DEVIC	Médecine générale	GARMIER	Obstétrique
DUMONT M.	Obstétrique	LAMBERT	Médecine générale
DURAND	Urologie	MICHOULIER	Chirurgie générale
FRANCILLON	Chirurgie Générale	NOEL	Médecine générale
SAUBIER	Chirurgie générale	ROBERT	Médecine générale
SCHOTT	Neuro-psychiatrie	SCHNEPP	Orthopédie

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. PAUFIQUE, Président ; GIGNOUX, BONAMOUR, HUGONNIER, Assesseurs

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

L'ASSOCIATION DU GLAUCOME PRIMITIF ET DU DÉCOLLEMENT IDIOPATHIQUE DE LA RÉTINE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 23 AVRIL 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

LEQUIN Michèle

Née le 25 Novembre 1938 à LYON (Rhône)



IMPRIMERIE DES BEAUX-ARTS
CAMILLE ANNEQUIN, 19, RUE ROUX-SOIGNAT, LYON

1964

A MES PARENTS

A MON MARI

A MA FILLE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur L. PAUFIQUE

Professeur de Clinique Ophtalmologique
Ophtalmologiste des Hôpitaux

Au cours des quatre semestres où nous avons eu la joie d'être son interne, nous avons pu admirer son exceptionnelle maîtrise chirurgicale, ses dons de clinicien et ses qualités humaines qui font de lui le plus parfait des patrons.

Il a bien voulu nous confier ce travail, nous espérons ne pas trop le décevoir et nous l'assurons de notre respectueuse gratitude et de notre entier dévouement.

A NOS MAITRES ET JUGES

Monsieur le Docteur M. GIGNOUX

Professeur Agrégé à la Faculté
Oto-Rhino-Laryngologiste des Hôpitaux

Le semestre passé dans son Service compte parmi les meilleurs de notre externat. Nous le remercions de l'extrême bienveillance qu'il a toujours témoignée à notre égard.

Il a bien voulu accepter de juger notre thèse. Nous le prions de croire à notre reconnaissance et à notre respectueux attachement.

Monsieur le Docteur G. BONAMOUR

Professeur Agrégé à la Faculté
Ophtalmologiste des Hôpitaux

Nous avons pu pendant trois semestres d'internat apprécier ses grandes qualités chirurgicales qui s'ajoutent à un sens clinique sans défaut. L'humour dont il émaille son enseignement font de lui un maître très attachant.

Nous l'assurons de notre profond respect et de notre affectueuse reconnaissance.

Monsieur le Docteur R. HUGONNIER

Professeur Agrégé à la Faculté
Ophtalmologiste des Hôpitaux

Il allie à l'étendue et à la précision de ses connaissances une grande élégance chirurgicale.

Nous le remercions de la bienveillance avec laquelle il nous a toujours accueilli et nous l'assurons de notre respectueux dévouement.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

Monsieur le Professeur Agrégé J. MATHIEU

Monsieur le Professeur J. MARION

Monsieur le Professeur P. MICHAUD

Monsieur le Professeur Agrégé M. GIGNOUX

Internat :

Monsieur le Professeur Agrégé G. DESPIERRES

Monsieur le Docteur P. IMBERT

Monsieur le Professeur L. PAUFIQUE

Monsieur le Professeur Agrégé G. BONAMOUR

A Monsieur le Docteur R. ETIENNE

Nous admirons sa grande érudition et son enthousiasme. Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée.

A Monsieur le Docteur J. ROUGIER

L'étendue de ses connaissances n'a d'égale que sa bonne humeur. Qu'il trouve ici l'assurance de notre respectueux dévouement.

A Madame le Docteur S. HUGONNIER

En hommage respectueux.

Aux Docteurs J. AUDIBERT, C. BARUT, I. BONNET,
P. LÉOPOLD, P. MAGNARD, M.L. POMMIER,
J. ROYER, C. SPIRA

Assistants et chefs de clinique dévoués et patients. Ils nous ont beaucoup appris.

Au Docteur J. CHARLEUX

Nous le remercions des conseils amicaux qu'il nous a prodigués à l'occasion de ce travail, avec sa bonne humeur habituelle.

Au Docteur M. RAVAUT

Il fut notre chef de clinique pendant plusieurs semestres durant lesquels nous avons pu apprécier son sens de l'humour et sa gentillesse.

Au Docteur M. BONNET

Elle nous a aidé dans la réalisation de ce travail. Nous l'assurons de notre amitié reconnaissante.

Aux Docteurs J. MONTIBERT, S. RAMPIN,
A. DIDIERLAURENT, L. DURAND, M. MALTERRE,

A Madame B. THEVENIN

Au personnel religieux, infirmiers, infirmières et secrétaires
des services d'ophtalmologie de Lyon

A nos conférenciers d'externat et d'internat

Nous remercions les LABORATOIRES CHIBRET
de l'aimable accueil qui nous a été réservé
dans leur remarquable service de documentation.

INTRODUCTION

Le décollement rétinien et le glaucome sont généralement considérés comme une association pathologique rare, le décollement rétinien s'accompagnant classiquement d'une hypotonie. L'observation récente de plusieurs cas où un décollement était associé à une hypertension oculaire, nous a conduit à rechercher parmi les dossiers des malades hospitalisés d'une part à la Clinique Ophtalmologique de Lyon (Service du Professeur PAUFIQUE) d'autre part dans le Service d'ophtalmologie du Docteur BONAMOUR à l'hôpital de l'Antiquaille, ceux qui présentaient une telle association. Devant l'abondance et la diversité des observations recueillies, nous avons dû limiter la question à l'association décollement rétinien idiopathique et glaucome primitif.

L'association d'un décollement rétinien et d'une hypertension est en effet fréquente :

— dans les décollements rétiniens secondaires à des tumeurs choroïdiennes, les décollements médicaux et les décollements « à chaud » accompagnant les uvéites.

— dans les glaucomes secondaires d'autre part, qu'ils soient post-traumatiques, post-aphakie, ou post-inflammatoires, mais, il s'agit là de globes profondément altérés ou siège d'une autre maladie oculaire et ici le glaucome et le décollement apparaissent comme des affections secondaires. Ces observations sont certes intéressantes, mais ce sont autant de cas particuliers et leur disparité ne permet pas de les grouper.

Nous avons éliminé aussi les glaucomes congénitaux, dus à la malformation de l'angle iridocornéen ; le décollement rétinien se rencontre généralement à un stade tardif de glaucome congénital et cette association a peu d'intérêt. Cependant, nous avons observé à la clinique ophtalmologique deux cas de décollements survenus quelques jours après intervention de Barkan, sur un œil peu altéré encore du point de vue fonctionnel. Ils posent donc

des problèmes pathogéniques intéressants (malformation rétinienne associée, rôle déclenchant de l'hypotonie brutale).

Nous avons limité la question à l'association décollement idiopathique et glaucome primitif, le glaucome primitif groupant lui-même deux maladies bien distinctes :

- le glaucome chronique simple à angle large et
- le glaucome à angle fermé. Nous avons ainsi retenu cinquante trois observations.

Cette association réalise la juxtaposition de deux maladies primitives, qui apparaissent indépendantes. Nous avons essayé de déterminer quels facteurs étiopathogéniques communs pouvaient être à leur origine, et comment ces deux affections pouvaient retentir l'une sur l'autre.

Après un rappel historique, nous envisagerons donc successivement :

- les circonstances étiologiques
 - la pathogénie
 - les aspects cliniques et enfin
 - les déductions pratiques que l'on peut tirer de l'association du glaucome primitif et du décollement rétinien idiopathique.
-

HISTORIQUE

Les premières observations d'une hypertension oculaire associée à un décollement rétinien remontent à la deuxième moitié du siècle dernier. Il s'agit au début soit de décollements survenus sur des yeux perdus depuis longtemps par glaucome, (ARLT 1854, SCHWEIGLER 1863), soit d'hypertopies sur vieux décollements rétiens (DRANSART 1884: enfant énucléé pour gliome qui présentait en fait un décollement ancien avec hypertonie). Les observations de glaucome associé au décollement deviennent ensuite plus nombreuses et bientôt on soupçonne le rôle favorisant de l'hypertonie sur la réapplication rétinienne. J. SEDAN, en 1928, publie le cas d'un décollement rétinien post-contusif sur un œil unique opéré sans succès, puis guéri au trente-huitième jour par une crise d'iritis hypertensive. Peu après il présente un deuxième cas d'un décollement supérieur guéri par une crise d'hypertonie aiguë secondaire à l'intumescence du cristallin.

Plusieurs autres observations de réapplication de décollement rétinien lors d'une poussée d'hypertonie ont été publiées ensuite (VOGT 1934, SEDAN 1958, P. MARX, LANGLOIS, S. PINCHON 1959, R. JULIEN 1961).

L'apparition d'un décollement de rétine venant compliquer le traitement du glaucome a fait aussi l'objet de nombreuses publications, qu'il s'agisse du traitement chirurgical du glaucome : décollement après iridectomies (SCHMIDT - RIMPER 1875, SOMYA 1895, TERRIEN 1912, VOGT 1934), après cyclodialyses (LOHLEIN 1949) ou de son traitement par les myotiques : décollement après Diflupyl (LAROCCA 1952, WESTMITH, ABERNETHY 1954, OURGAUD, BERARD 1955, WEEKERS, LAVERGNE 1955, ABBOUD 1955) ou après Mintacol (ZEFF A. 1962).

La plupart de ces cas sont rapportés de façon isolée, et le manque de statistiques importantes et homogènes ne permet pas d'avoir une opinion sur cette association, glaucome primitif, décollement rétinien idiopathique.

ETIOLOGIE

Nous envisagerons successivement la fréquence de l'association du glaucome et du décollement rétinien, puis les circonstances favorisant leur apparition chez le même malade.

I. — FRÉQUENCE

La fréquence de l'association pathologique glaucome, décollement rétinien est difficile à déterminer. Nous n'avons trouvé aucune statistique en ce qui concerne le décollement rétinien survenant au cours de l'évolution du glaucome chronique. Quelques statistiques de décollement de rétine mentionnent le pourcentage de glaucomateux : RODRIGUEZ trouve un cas de glaucome chronique chez 141 malades atteints de décollement, HUERKAMP note 13 cas de glaucome sur 1363 décollements rétiniens unilatéraux. La fréquence globale serait donc voisine de 1 %.

Des statistiques intéressantes ont été publiées par SCHEPENS. Il note en effet 6 % d'association des deux maladies ; cependant il attribue une signification particulière à leur coexistence en reconnaissant à l'une et l'autre une pathogénie commune : pour lui des poussées exsudatives choroïdiennes périphériques entraîneraient des lésions atrophiques à l'origine du décollement rétinien et d'un glaucome chronique séquellaire à angle large. Ce glaucome serait donc une hypertension secondaire malgré l'aspect gonioscopique normal de l'angle. SCHEPENS propose cette même théorie inflammatoire pour expliquer les décollements des aphaques : ces décollements sont en effet, fréquemment associés à un glaucome à angle large préexistant puisque celui-ci fut retrouvé dans 9 % des cas dans une statistique de quatre-vingt-huit décollements de l'aphaque. Etant donné que l'aspect gonioscopique de l'angle est normal, et en l'absence d'arguments histolo-

giques, il est difficile de séparer ces glaucomes, peut-être post-inflammatoires, des glaucomes chroniques simples primitifs, et d'éliminer formellement les observations entrant dans ce cadre.

La fréquence de cette association pathologique serait donc beaucoup plus importante, qu'on ne le pense habituellement ; LAWTON SMITH insiste sur la nécessité de la prise du tonus, et même de la tonographie et du test de provocation hydrique systématiques chez tout malade présentant un décollement rétinien.

Personnellement, nous avons pu réunir cinquante trois dossiers d'association glaucome primitif-décollement rétinien parmi les observations de la clinique ophtalmologique de Lyon et celles du Service d'ophtalmologie de l'Antiquaille.

A) Fréquence par rapport au type de glaucome

Le glaucome primitif comprend deux maladies différentes :

— le glaucome chronique simple dû à l'augmentation des résistances à l'écoulement et caractérisé par un angle irido-cornéen ouvert de façon permanente ;

— le glaucome à angle fermé caractérisé par des crises de fermeture de l'angle iridocornéen, se traduisant par des épisodes de brouillards visuels et halos colorés pouvant réaliser un véritable glaucome aigu si la fermeture de l'angle persiste.

Si nous considérons le type de glaucome, l'association du décollement avec le glaucome chronique simple à angle ouvert semble plus fréquente, puisque sur nos cinquante-trois observations, nous ne comptons que trois glaucomes à angle fermé et cinquante glaucomes à angle ouvert dont trois glaucomes pigmentaires. Mais il faut noter que le glaucome chronique simple est d'une part plus fréquent que le glaucome irritatif, d'autre part il intéresse plus souvent des sujets myopes, donc prédisposés au décollement, alors que le glaucomateux à angle fermé est plus volontiers hyper-métrope.

B) Fréquence par rapport au type de décollement

Le décollement rétinien ne nous a semblé revêtir aucun type anatomique particulier dans cette association pathologique : en effet nos cinquante-trois malades ont présenté soixante-sept décollements rétiniens parmi lesquels deux petits décollements péri-

phériques, découverte d'examen systématique, et trois cas de « déchirures rétiniennes sans décollement » ; les autres observations concernent des décollements très variés dans leur étendue, le nombre et la situation des déchirures.

II. — FACTEURS FAVORISANTS

Nous distinguerons ici les facteurs généraux et les facteurs oculaires.

A) les facteurs généraux :

Ils concernent l'âge, le sexe et le terrain de ces malades.

- L'âge des malades est très variable. Il nous a semblé juste de distinguer deux groupes. Le premier groupe comporte huit malades âgés de moins de 35 ans. Chez ceux-ci les facteurs locaux prédisposants semblent très importants, puisque six d'entre eux présentaient une myopie forte. Le deuxième groupe compte quarante-deux malades de plus de 35 ans, l'âge moyen est ici de 57 ans, âge qui correspond à l'âge moyen aussi bien du glaucome chronique que du décollement rétinien.

L'âge n'intervient donc pas directement et les deux maladies peuvent se voir aussi bien chez le jeune que chez le sujet plus âgé.

- Le sexe des malades est indifférent : cette association pathologique se voit chez l'homme comme chez la femme. Nos observations la trouvent un peu plus fréquente chez l'homme (31 hommes pour 22 femmes) mais leur nombre restreint ne nous permet pas de conclure.

- Le terrain, par contre semble particulier chez ces malades.

— BÉRARD MAGISTRETTI insiste sur le facteur nerveux fondamental pour lui dans le glaucome d'une part, mais aussi dans le décollement. Tous les malades chez qui il a noté l'association glaucome, décollement de rétine, présentaient un état de dystonie neuro-végétative marquée. Ces observations sont confirmées par VETTER. Il est vrai que cet état neurotonique est retrouvé fréquemment surtout chez les femmes, mais on ne voit pas de quelle façon il peut jouer un rôle dans cette association pathologique.

— Nous insisterons surtout sur le facteur familial fréquemment

retrouvé. Le caractère familial du glaucome chronique est connu depuis longtemps, Von ARLT, dès 1853, a attiré l'attention sur ce fait. WAARDENBURG (1950) trouve 31 % d'éléments héréditaires chez 154 glaucomateux. J. FRANÇOIS (1955) parle de 20 % de cas familiaux, le glaucome étant toujours du même type, soit congestif, soit simple dans une même famille, et le facteur héréditaire semblant plus marqué dans le glaucome chronique simple. De la même façon, le décollement rétinien revêt assez souvent un caractère familial. VOGT (1936) et son élève RICHNER ont les premiers montré l'importance d'une prédisposition anatomique héréditaire dans le décollement, spécialement pour le décollement myopique. Mais même en dehors de la myopie, le caractère héréditaire se manifeste et de nombreuses observations de décollements rétiens familiaux ont été publiées (MILLIKIN 1897 ; HEINE 1925, CUSTODIS 1936).

Il est donc normal que cette notion de terrain familial intervienne dans l'association glaucome, décollement de rétine. PANDOLFI attirait déjà l'attention sur ce point en 1941. Mme S. SCHIFF-WERTHEIMER en 1950, après la communication de L. PIVOTEAU à la Société de Paris, publiait l'observation d'un malade qui présentait une association glaucome décollement et dans les antécédents duquel on relevait six cas de glaucome chronique sévère.

Pour trente et un de nos malades, les antécédents familiaux ont été notés, et pour onze d'entre eux nous avons retrouvé chez les ascendants ou les collatéraux, la notion :

- de glaucome dans deux cas,
- de décollement dans huit cas,
- de myopie forte familiale dans un cas.

Cependant dans aucun cas il n'existait, une association de glaucome et décollement dans les antécédents.

B) Les facteurs locaux :

Parmi les facteurs locaux pouvant entraîner la coexistence des deux maladies, nous distinguerons d'abord les éléments influençant aussi bien le décollement rétinien que le glaucome c'est-à-dire, la réfraction, le problème de l'aphakie et celui des lésions associées, puis nous envisagerons l'aspect clinique du glaucome et celui du décollement de la rétine.

1°) Les facteurs influençant le décollement rétinien et le glaucome.

Quelle est l'incidence de la réfraction dans l'association des deux maladies? La myopie semble être une circonstance étiologique importante. En effet, elle joue un grand rôle dans le décollement de rétine, puisque les statistiques donnent des pourcentages de 50 à 60 % de myopie. D'autre part elle est fréquemment retrouvée chez les glaucomateux, puisque WEEKERS R., GOUNARD-RION C. et GOUGNARD L., étudiant la réfraction dans le glaucome, trouvent 12 % de myopie supérieure à 3 dioptries chez 91 malades atteints de glaucome chronique simple. Pour DUKE-ELDER, 14 % des myopies fortes se compliqueraient d'un glaucome chronique.

Il n'est donc pas étonnant que chez nos malades, nous trouvions un pourcentage élevé de myopie : en effet trente-quatre malades, soit 64 % sont myopes et parmi eux vingt et un ont une myopie supérieure ou égale à 5 dioptries.

— La myopie est par ailleurs retrouvée de façon encore plus constante chez les malades ayant présenté un décollement bilatéral de la rétine. HUERKAMP, dans sa statistique de 1587 malades atteints de décollement rétinien, note 44 % de myopie parmi les décollements unilatéraux et 59 % parmi les bilatéraux. Lorsqu'au décollement s'associe un glaucome chronique, le pourcentage est encore plus élevé, puisque nous avons respectivement 61 % de myopes dans les décollements unilatéraux et 71 % dans les décollements bilatéraux.

La myopie est donc un facteur étiologique très important. En effet la myopie considérée en tant que maladie constitue une abiotrophie avec dégénérescence progressive du tractus uvéal. Dans cette conception on comprend très bien qu'elle puisse se compliquer à la fois de glaucome par sclérose du trabeculum et d'un décollement rétinien par lésions dégénératives chorio-rétiennes, d'autant plus qu'actuellement on fait jouer un rôle primordial à l'épithélium pigmentaire et à la choroïde dans la genèse du décollement. Les myopes présentent en outre d'autres lésions abiotrophiques diffuses, en particulier une cataracte par trouble de la nutrition du cristallin.

— Il faut signaler d'autre part que **sept de nos malades étaient aphaques**. Dans les sept cas le glaucome était connu avant

l'extraction du cristallin. Dans cinq cas le décollement est survenu plus de huit mois après l'extraction, dans les deux autres cas le décollement est survenu respectivement dix jours et quarante-cinq jours après l'extraction du cristallin sur un œil déjà opéré d'intervention fistulissante (ELLIOTT et LAGRANGE). Le pourcentage d'aphaques notés dans nos observations (sept sur 53 cas, soit 13 %) est donc un peu plus élevé que celui observé habituellement dans le décollement rétinien (9,28 % pour G. GAILLARD).

L'extraction du cristallin semble donc jouer le rôle de facteur déclenchant du décollement sur un œil prédisposé, atteint de lésions atrophiques diffuses.

— Il faut remarquer aussi l'**existence fréquente d'une cataracte chez nos malades** (24 cas, soit 45 %) qui est en relation d'une part avec la myopie, favorisant l'opacification du noyau d'autre part avec l'existence d'interventions fistulissantes préalables, qui amènent une maturation de la cataracte.

— **Les autres associations pathologiques** rencontrées présentent peu d'intérêt :

- kératite interstitielle chez un malade,
- **lésions** d'artério-sclérose marquées avec capillarose rétinienne chez trois malades. Il faut signaler chez deux d'entre eux la survénue d'une dégénérescence maculaire bilatérale.

2°) L'aspect clinique du glaucome.

⇒ Nous avons vu que nos observations comprenaient trois cas de glaucome chronique à angle fermé et cinquante cas de glaucome à angle ouvert dont trois glaucomes pigmentaires ; cette prédominance du glaucome chronique simple est en relation soit avec la prédominance habituelle du glaucome chronique simple sur le glaucome à angle fermé, soit avec la réfraction.

Il faut noter que dans trois cas le glaucome était unilatéral.

⇒ Les circonstances de découverte du glaucome furent variables. Trente et une fois il s'agissait de glaucomateux connus qui firent un décollement de rétine au cours de l'évolution de leur maladie. Onze fois le glaucome fut découvert en même temps que le décollement de rétine ; onze fois il fut découvert après guérison du décollement.

⇒ Nos observations nous permettent-elles de préciser à quel stade de l'évolution, le glaucome chronique se complique de décollement rétinien ?

Chez trente-sept malades, le glaucome était à un stade évolutif avancé et il existait une excavation papillaire ou des altérations marquées du champ visuel. Sur ces 37 malades, 25 nécessitèrent une intervention antiglaucomateuse à un moment ou à un autre de l'histoire clinique, soit avant, soit après la survenue du décollement rétinien. Les seize autres cas concernaient des glaucomes peu évolués relevant du traitement médical simple. Il semble donc que l'apparition du décollement de rétine soit favorisée par l'existence d'un glaucome chronique déjà évolué qui entraîne des lésions atrophiques chorioretiniennes diffuses et augmente la fragilité de la rétine.

Cependant il se peut que cette prédominance du glaucome évolué sur le glaucome débutant dans l'association des deux maladies, ne soit qu'apparente, car le diagnostic de glaucome débutant est difficile, surtout s'il est associé à une autre affection oculaire qui retiendra toute l'attention de l'ophtalmologiste. Ce problème ne peut donc être résolu que par des études statistiques du tonus oculaire et de la résistance à l'écoulement chez les malades présentant un décollement rétinien.

== La date d'apparition du décollement de rétine par rapport au traitement du glaucome est également très variable. Treize fois le décollement survint dans les deux ans suivant le diagnostic d'un glaucome traité médicalement, six fois plus de 2 ans après la découverte du glaucome. En ce qui concerne les décollements apparus après interventions anti-glaucomateuses, cinq fois le délai fut inférieur à trois mois, les huit autres fois il fut supérieur : le malade de l'observation (25) présenta un décollement 18 ans après intervention fistulisante.

== Le décollement rétinien a été considéré dans certains cas comme provoqué par le traitement du glaucome. Nous allons donc envisager dans quelles conditions le traitement médical ou chirurgical du glaucome amène le décollement.

== Le traitement médical du glaucome tend à entraîner une hypotension du globe oculaire, soit par des moyens locaux ou généraux. Les médications générales (inhibiteurs de l'anhydrase carbonique en particulier) entraînent une hypotonie oculaire importante. Cette hypotonie ne peut à elle seule déclencher un décollement de rétine vrai avec déchirure et aucun cas de décollement compliquant l'administration de ces médicaments n'a été

décrit, mais elle peut jouer un rôle favorisant dans la genèse du décollement, si elle s'associe à d'autres éléments, en particulier locaux, secondaires à l'utilisation des myotiques. Les myotiques peuvent en effet être responsables de décollement rétinien. De nombreuses observations de décollement suivant leur instillation ont été publiées, elles concernent essentiellement les myotiques forts du type Diflupyl et Mintacol, et leur rôle ne peut être mis en doute. Deux de nos malades avaient reçu du diflupyl mais les observations sont très incomplètes, en ce qui concerne la posologie et le mode d'administration du collyre et la relation entre le décollement et le traitement au diflupyl ne peut être établie de façon formelle.

Ces collyres jouent un rôle dans le déclenchement du décollement par plusieurs mécanismes. Ils déterminent tout d'abord un spasme du muscle ciliaire qui entraîne une ouverture de l'angle iridocornéen, mais aussi une traction brutale de l'ora serrata d'arrière en avant, qui sur un œil fragilisé présentant des lésions atrophiques peut-être à l'origine de déchirures rétiniennes. Par ailleurs ils s'accompagnent d'une congestion très importante du tractus uvéal ; expérimentalement cette congestion est évidente chez le lapin (MARR) où le Diflupyl entraîne une vasodilatation ciliaire avec augmentation des protéines de l'humeur aqueuse et hypertension oculaire. Chez l'homme R. WEEKERS a observé une vasodilatation du segment antérieur avec parfois présence de kystes sur le bord de l'iris consécutifs à l'utilisation prolongée de ce collyre. La ROCCA insiste sur ce facteur vasculaire qui s'étend probablement à la choroïde et provoque une transudation de liquide entre la choroïde et la rétine, pouvant faciliter la survenue du décollement.

L'hypotonie favorisant l'exsudation provoquée par la vasodilatation uvéale, puis la traction sur l'ora serrata entraînant la déchirure de la rétine, vont donc être à l'origine du décollement secondaire à l'instillation de myotiques.

— Le traitement chirurgical du glaucome peut lui aussi provoquer un décollement rétinien. Les facteurs étiologiques sont à peu près identiques à ceux suivant l'utilisation des myotiques forts :

— hypotonie qui est ici encore plus brutale lorsqu'il y a ouverture de la chambre antérieure.

— traumatisme avec traction sur l'iris lors des iridectomies.

— enfin réaction exsudative et vasomotrice post-opératoire qui parfois très marquée peut créer un véritable décollement exsudatif de la rétine.

Les interventions antiglaucomateuses suivies de décollement rétinien sont de type très varié, il s'agit d'une cyclodiathermie, de trois cyclodialyses effectuées sur un œil ayant déjà subi une intervention filtrante, les autres observations concernent des interventions fistulisantes (IRIDENCLEISIS, ELIOTT ou LAGRANGE). Quatre d'entre elles furent suivies d'une extraction du cristallin, puis du décollement rétinien.

Il faut noter par ailleurs, que si le rôle de l'intervention antiglaucomateuse dans l'apparition du décollement est probable pour les cinq décollements rétiniens survenus dans les trois mois suivant l'intervention, il est beaucoup moins certain pour les décollements survenant dans des délais plus longs, ou après extraction du cristallin.

3°) L'aspect clinique du décollement de rétine :

- Nous envisagerons tout d'abord la bilatéralité du décollement rétinien, elle est fréquente puisque nous en trouvons 14 cas soit 26 %, associés au glaucome primitif. Les statistiques de décollements bilatéraux sont très diverses, puisque le pourcentage varie de 10 à 25 % (GRUBER 12 %, HUERKAMP 14 %, Mme SCHIFF, WERTHEIMER 25 %). J. MONTIBERT dans sa thèse, a repris les dossiers de la clinique ophtalmologique du Professeur PAUFIQUE, et il a constaté la présence de 17,3% de décollements rétiniens bilatéraux. Il semble donc que le décollement associé au glaucome soit plus volontiers bilatéral : ce fait est probablement en relation avec la myopie, le caractère familial du décollement et peut-être l'origine secondaire à une « choroïdite périphérique » puisque la plupart du temps, cette affection est bilatérale.

- Il est difficile dans nos observations de faire la part de ce syndrome que SCHEPENS intitule « choroïdite périphérique ». Ce terme est d'ailleurs envisagé dans un sens large, car il est impossible de faire la preuve de l'origine infectieuse, ou même inflammatoire de ces lésions. Ce sont des atteintes exsudatives périphériques d'étiologie et de pathogénie mystérieuses et de diagnostic difficile. En effet, il faut pour les mettre en évidence, un examen minutieux de la périphérie rétinienne, soit au biomicroscope avec le verre de Goldmann, soit par ophtalmoscopie

indirecte en s'aidant de la dépression sclérale. Ces techniques ne sont pas utilisées de façon courante et nos dossiers sont souvent incomplets. Nous ne pouvons que supposer l'existence de telles lésions, dans nos observations concernant des adultes jeunes non myopes présentant glaucome, décollement de rétine et souvent opacités cristalliniennes de façon bilatérale, mais nous ne pouvons donner aucune statistique.

Nous nous reporterons donc aux constatations de C.L. SCHEPENS : Les « Choroïdites périphériques » affectent les sujets jeunes, de sexe masculin surtout. Elles peuvent revêtir l'aspect de formes disséminées qui paraissent plus fréquentes que les formes avec exsudation massive. Elles sont la plupart du temps ignorées, car elles entraînent peu de troubles fonctionnels, le plus souvent elles ne s'accompagnent pas de signes inflammatoires au niveau du segment antérieur et l'exploration de la région de l'ora serrata est difficile. Si ce processus inflammatoire évolue de façon bénigne à sa période active sans trouble fonctionnel, il est par contre redoutable par les séquelles tardives qu'il entraîne. Il serait en effet responsable pour SCHEPENS, d'un syndrome bien individualisé dont les éléments essentiels sont une cataracte, un glaucome et un décollement rétinien.

— La cataracte est retrouvée dans 51 % des cas, elle est constituée par des opacités corticales postérieures et sous-capsulaires postérieures irrégulières qui se propagent vers l'équateur. Le trouble cristallinien peut être très discret ou prendre l'aspect d'une soucoupe postérieure épaisse qui évoluera vers la maturité.

— Le glaucome est noté dans 10 % des cas. Il s'agit d'un glaucome à chambre antérieure profonde à angle large, sans anomalie visible à la gonioscopie. L'auteur ne signale aucune étude tonographique.

— Le décollement rétinien peut survenir pendant la période d'uvéite active ou à la phase séquellaire. Il s'agit d'un décollement à déchirures très périphériques, sous forme de petits trous ronds, de clapets ou de petites désinsertions juxtaposées. Il s'accompagne de rétraction du vitré à l'extrême périphérie se traduisant par de petites élevures rétiniennes isolées, et très plat au début et ne progresse que lentement vers le pôle postérieur. Il en résulte qu'au début il n'y a pas d'amputation du champ visuel ou de baisse de l'acuité. Il faut noter enfin qu'assez souvent, on ne trouve pas de

déchirure dans ces décollements plats périphériques et que le décollement précéderait l'apparition des déchirures rétiniennes. L'analyse de ce syndrome séquellaire des « choroïdites périphériques » expliquerait la coexistence fréquente du glaucome et du décollement rétinien chez les sujets jeunes. D'après les conceptions pathogéniques de SCHEPENS, il semblerait possible de classer les décollements rétiens associés au glaucome chronique, en deux catégories bien distinctes :

1) le décollement du sujet jeune, non myope, souvent peu étendu et d'aspect plat, associé ou non à des lésions cristalliniennes, constituant une séquelle d'inflammation chorio-rétinienne périphérique.

2) le décollement rétinien du sujet plus âgé ou du myope fort où les lésions dégénératives et atrophiques sont au premier plan.

PATHOGÉNIE

Nous ferons d'abord un rappel des données de la physiologie de l'humeur aqueuse et de la pathogénie du décollement rétinien ; puis nous envisagerons les rapports réciproques de la pression oculaire et de la rétine, enfin nous essayerons d'expliquer l'association des deux maladies.

I. — GÉNÉRALITÉS

A) Physiologie de l'humeur aqueuse

- le tonus oculaire, évaluant la pression de l'humeur aqueuse est fonction de la production de cette humeur aqueuse, de sa circulation et des modifications des facteurs d'écoulement. L'humeur aqueuse est en effet sécrétée au niveau du corps ciliaire ; elle passe de la chambre postérieure vers la chambre antérieure par l'aire pupillaire et sort de l'œil au niveau de l'angle iridocornéen rejoignant par le trabéculum, le canal de Schlemm et le réseau intrascléral, le système veineux épiscléral.

La pression oculaire va dépendre de trois facteurs :

- 1) le débit de l'humeur aqueuse
- 2) la résistance offerte à son écoulement hors du globe
- 3) la pression veineuse épisclérale.

- normalement l'humeur aqueuse est hypertonique par rapport au plasma, du fait de la perméabilité sélective de la membrane hémato oculaire au niveau du corps ciliaire. Il en résulte un appel d'eau constant de l'élément sanguin vers la chambre antérieure qui règle le débit. Toute modification de la composition de l'humeur aqueuse a des répercussions sur la pression oculaire.

• Les modifications de la circulation de l'humeur aqueuse sont à l'origine du glaucome primitif. Il s'agit :

— soit d'un obstacle à l'écoulement intrascléral au niveau du trabéculum, du canal de Schlemm, et du réseau intrascléral, l'angle iridocornéen gardant un aspect gonioscopique normal. Ces altérations caractérisent le glaucome chronique simple à angle ouvert ;

— soit de crises de fermeture de l'angle iridocornéen par accollement de l'iris contre la cornée, caractérisant le « glaucome congestif à angle fermé, l'angle restant ouvert mais plus ou moins étroit entre les crises hypertensives.

B) Conception pathogénique actuelle du décollement rétinien.

Le décollement de la rétine a posé de nombreux problèmes pathogéniques non encore résolus. Trois théories se sont opposées :

1) La théorie de la distension, valable uniquement semble-t-il pour les décollements de la myopie forte et selon laquelle l'allongement antéro-postérieur du globe entraîne la déchirure rétinienne.

2) La théorie de l'attraction, reconnue par les auteurs anglosaxons : les adhérences rétinovitréennes équatoriales sont à l'origine de ruptures rétiniennes, mettant l'épithélium pigmentaire à nu et secondairement se produit une exsudation massive de la choroïde entraînant le décollement.

3) La théorie de l'exsudation, la plus ancienne. Énoncée par De GRAEFE, puis réservée aux décollements médicaux par GONIN, elle a été remise en valeur par MAWAS, G. SOURDILLE et récemment par les travaux histopathologiques de L. PAUFIQUE et F. HERVOUET. La lésion primitive est représentée par des altérations de la choroïde et de l'épithélium pigmentaire, entraînant une suffusion choroïdienne et sous-rétinienne qui repousse la rétine à l'intérieur du globe. La rétine se déchire secondairement dans une zone de moindre résistance, ou à l'endroit où la pression est la plus forte. L'exsudation serait de nature inflammatoire, congestive ou même allergique. Le décollement rétinien idiopathique est un syndrome provoqué au départ par une maladie de la choroïde.

On distinguerait donc deux types de décollement rétinien :

— le décollement rétinien d'origine choroïdienne, le plus fréquent ;

— le décollement rétinien d'origine vitrénne, plus rare.

II. — RAPPORTS RÉCIPROQUES DE LA RÉTINE ET DE LA PRESSION OCULAIRE

Dans quelle mesure le décollement de la rétine et les variations de la pression oculaire retentissent-ils l'un sur l'autre ?

A) Quelle est tout d'abord la **répercussion du décollement de rétine sur la physiologie de l'humeur aqueuse** ?

Plusieurs facteurs sont à envisager, des facteurs d'hypotonie et des facteurs d'hypertonie oculaire.

1°) Les facteurs d'hypotonie

• Le décollement rétinien s'accompagne d'une diminution du débit d'humeur aqueuse, comme l'ont montré WEEKERS et DELMARCELLE : en effet si on introduit de la fluorescéine dans la chambre antérieure d'un œil atteint de décollement, on observe une élimination beaucoup plus lente que chez le sujet normal.

Ce ralentissement du débit résulte d'un double mécanisme.

⇒ Il y a tout d'abord une diminution réelle de la sécrétion d'humeur aqueuse au niveau du corps ciliaire, due aux modifications de perméabilité de la barrière hémato-oculaire.

SCHEPENS a attiré l'attention sur le Tyndall de l'humeur aqueuse des décollements rétiens en dehors de toute iridocyclite, qui traduit une augmentation de cette perméabilité, prouvée par le dosage des protéines de l'humeur aqueuse (VERREY 1945, DEJEAN et PAYCHA 1945). De la même façon, le passage de la fluorescéine du sang à l'humeur aqueuse est accéléré.

Ces modifications de la composition de l'humeur aqueuse entraînent une diminution de l'appel d'eau qui se fait normalement du corps ciliaire à la chambre postérieure et un ralentissement de la sécrétion ciliaire.

⇒ D'autre part le décollement de rétine crée une nouvelle voie

d'écoulement de l'humeur aqueuse, ce qui entraîne une diminution apparente de son débit. Expérimentalement LOBECK a montré que l'encre de Chine introduite dans la chambre antérieure du lapin et éliminée normalement par le canal de Schlemm, et accessoirement par les espaces sous-choroïdiens, filtre en totalité vers l'espace sous-choroïdien dans l'œil atteint de décollement rétinien.

- LAWTON SMITH, s'appuyant sur une observation où le tonus oculaire, normal des deux côtés au moment du décollement rétinien, s'élève un an plus tard à 30-32 mmHg des deux côtés lors du test de provocation à l'eau, pose le problème d'une hyposécrétion bilatérale d'humeur aqueuse. Cette hyposécrétion si elle existait, entraînerait un retard dans le diagnostic du glaucome. Aucun fait ne permet actuellement de soutenir cette hypothèse.

A ces facteurs d'hypotonie du globe atteint de décollement rétinien, vont s'opposer des

2°) Facteurs d'hypertonie

— Plusieurs auteurs en particulier AURICCHIO, LAWTON SMITH ont observé une augmentation de la résistance à l'écoulement dans le décollement de rétine. L'association décollement glaucome, ne serait donc pas une simple coïncidence. Ce fait expliquerait les hypertonies passagères lors de la réapplication au repos des décollements et d'autre part la possibilité de prédisposition au glaucome, le décollement rétinien pouvant créer un état glaucomateux, après sa réapplication (AURICCHIO).

— Par ailleurs, certains types de décollements peuvent s'accompagner d'une réaction hypertensive par irritation ciliaire : ce sont ceux chez lesquels on note des déchirures à l'ora serrata. Pour HUERKAMP, 22 % des décollements rétiens avec déchirures à l'ora présentent une réaction hypertonique alors que 7 % seulement des décollements rétiens sans déchirure à l'ora ont une hypertonie au moment du décollement.

Ces facteurs d'hypotonie et d'hypertonie vont s'associer pour modifier la pression oculaire chez le malade porteur de décollement rétinien. Le décollement rétinien s'accompagne classiquement d'une hypotonie. Celle-ci est fonction de — l'ancienneté du décollement rétinien tout d'abord : il faut en effet un certain temps pour que s'établissent les nouveaux échanges circulatoires corps-ciliaire — humeur aqueuse — liquide sous-rétinien — choroïde.

L'étude de la composition du liquide sous-rétinien montre de la même façon que le taux de protéines augmente parallèlement à l'ancienneté du décollement, ce qui traduit une accentuation du trouble de la perméabilité de la barrière hémato-oculaire. L'hypotonie s'accroît au fur et à mesure que le décollement vieillit.

Le décollement précoce en effet n'a pas d'hypotonie, BONAVOLONTA sur cinquante cas de décollements, note 34 cas (soit 68 %), où le tonus de l'œil décollé est égal ou même supérieur au tonus de l'œil sain, A. FILATOVA, sur 175 décollements, trouve aussi ce chiffre de 68 % de tonus normal.

L'hypotonie dépendra aussi de l'étendue du décollement, de la taille et du nombre des déchirures, des altérations du vitré (décollement du vitré, corps flottants, rétraction vitréenne).

B) Quelles sont maintenant les répercussions des variations de la pression oculaire sur la rétine.

Depuis longtemps, des constatations expérimentales et des observations cliniques ont permis de penser que l'hypertonie favorisait la réapplication de la rétine, alors qu'au contraire l'hypotonie était un facteur de mauvais pronostic dans le décollement.

1°) L'hypotonie oculaire peut-elle être à l'origine d'un décollement rétinien?

LÉGER et KUMMEL, puis FUCHS, ont les premiers souligné le fait que l'hypotonie pouvait entraîner une dégénérescence vitréenne avec décollement du vitré et peut-être décollement de la rétine.

BAUMANN, DEUTSCHMANN et STEIN émettent la théorie suivante « de l'état des capillaires du corps ciliaire dépend la tension oculaire, et de l'état des capillaires choroïdiens dépend la tension de l'espace sous-choroïdien. Normalement la tension oculaire est plus élevée et l'espace sous-rétinien est virtuel, mais une rupture de cet équilibre, soit par diminution de la tension oculaire lors d'une uvéite, soit par augmentation de la pression sous-rétinienne par choroïdite ou lésions des capillaires, peut être à l'origine d'un décollement de la rétine ».

La majorité des auteurs pensent que l'hypotonie seule ne donne pas de décollement rétinien ; elle entraîne généralement un décollement choroïdien avec décollement rétinien associé de type exsudatif par extravasation plasmatique, qui peut être très important, en corolle de liseron. Mais il s'oppose au décollement choroïdien, car il ne comporte pas de déchirure et il guérit si l'on fait cesser la cause de l'hypotonie et ne nécessite donc pas de traitement propre.

L'hypotonie, si elle n'est pas seule à l'origine du décollement idiopathique, pourrait avoir par contre une influence sur l'évolution du décollement, car elle favorise les phénomènes exsudatifs et s'oppose à la réapplication de la rétine.

2°) **L'hypertonie oculaire, elle, est un facteur de réapplication rétinienne**, comme le prouvent les observations cliniques de guérison spontanée de décollement rétinien après des crises de glaucome aigu (J. SEDAN), le rôle des injections intravitréennes d'air, de sérum, ou de vitré lyophilisé, favorisant la réapplication de la rétine décollée.

S'appuyant sur ces observations, SCORCIARINI-COPPOLA et CRISTINI, on voulu utiliser le test de surcharge hydrique dans le décollement, pour augmenter la pression oculaire et faciliter la réapplication rétinienne. De DECKER et SANTONI avaient montré qu'en effet le test de l'eau entraîne une augmentation plus ou moins marquée du tonus oculaire ; mais LEYDHECKER a repris cette étude du test de l'eau chez 20 décollements, en faisant des mesures tonométriques et périmétriques précises, répétées à intervalle régulier. Il a constaté une augmentation très inconstante et toujours légère de la pression oculaire (sauf chez un malade glaucomateux connu, où la pression est passée de 23 à 40 mmHg), mais surtout il a constaté l'existence d'un rétrécissement du champ visuel survenant 30 mn après l'absorption d'eau et disparaissant totalement en une heure environ. Ceci s'explique par le fait que les capillaires de l'œil sont très perméables à l'eau (recherches à l'eau lourde de KINSEY, GRANT, COGAN 1942) ; l'eau va traverser la paroi vasculaire et imprégner non seulement l'humeur aqueuse mais aussi le liquide sous-rétinien, provoquant une augmentation légère du décollement, responsable du rétrécissement du champ visuel. Cette augmentation est passagère, le décollement reprenant sa forme initiale après une heure.

En aucun cas, le test de l'eau ne peut donc entraîner le rapprochement de la rétine.

En conclusion, si l'hypotonie qu'elle soit due au décollement rétinien ou liée à une autre origine, apparaît comme une cause aggravante indiscutable par les phénomènes exsudatifs qu'elle entraîne, l'hypertonie oculaire semble empiriquement exercer un rôle favorable sur l'évolution d'un décollement rétinien.

Parmi les moyens thérapeutiques dont nous disposons pour augmenter la pression oculaire, le test de l'eau est à rejeter car il entraîne une exsudation diffuse et n'augmente pas forcément le tonus. Seuls les moyens mécaniques (injection intraoculaires d'air, de sérum, ou de vitré) exercent une action favorable, encore faut-il se demander s'ils n'agissent pas par action mécanique directe sur la rétine plutôt que par l'hypertonie oculaire qu'ils entraînent.

III. — COMMENT EXPLIQUER MAINTENANT L'ASSOCIATION DES DEUX MALADIES

A) Nous avons donc vu que le décollement pouvait retentir sur la pression oculaire et que de la même façon, la pression oculaire pouvait influencer l'évolution du décollement. Mais il ne **semble pas que l'une des affections glaucome ou décollement puisse être à l'origine de l'autre.**

B) **Cependant, l'association des deux maladies n'est peut-être pas une simple coïncidence :** on doit faire jouer un rôle essentiel au terrain local avec parfois influence d'un facteur familial.

Dans l'œil glaucomateux, il existe en effet des lésions atrophiques diffuses :

— de la rétine : dégénérescence des fibres nerveuses et de la couche des cellules ganglionnaires qui peuvent disparaître complètement,

— du tractus uvéal iris et corps ciliaire surtout, mais aussi choroïde avec parfois hyperplasie de l'épithélium pigmentaire sous-jacent.

Des lésions atrophiques analogues se retrouvent dans l'œil atteint de décollement rétinien.

Ces lésions dégénératives diffuses peuvent donc expliquer la coexistence des deux affections.

C) L'évolution des deux maladies va d'autre part se trouver modifiée du fait de leur association :

1°) Le décollement peut retentir sur l'évolution du glaucome par de multiples facteurs.

— L'intervention comporte :

- des éléments hypotonisants ; la diathermie en particulier si elle est de siège antérieur, si elle intéresse les artères ciliaires longues, ou si elle entraîne la désinsertion de plusieurs muscles avec section des artères ciliaires antérieures.

- des facteurs d'hypertension, soit transitoires (injections intravitréennes d'air, de sérum, de vitré lyophilisé), soit plus durables (résections, plissements scléaux, cerclage, destruction des veines vortiqueuses).

— Plus tardivement, la réaction inflammatoire secondaire peut être à l'origine de goniosynéchies compliquant le glaucome chronique. Enfin des thromboses veineuses post-opératoires peuvent favoriser l'élévation du tonus oculaire.

— Par ailleurs il faut signaler que l'intervention pour décollement rétinien va modifier la rigidité sclérale et peut fausser les mesures du tonus : la rigidité sclérale diminue dans les interventions comportant une incision ou une diathermie sclérale (LAVERGNE) et il faudra tenir compte de ce facteur.

2°) Le glaucome lui aussi retentit sur l'évolution du décollement rétinien.

Les interventions antiglaucomateuses ou l'usage intempestif de collyres myotiques forts peuvent même être un facteur déclenchant rétinien comme nous l'avons vu, par :

- le traumatisme irien et chorioretinien qu'ils entraînent
- l'hypotonie qui les accompagne
- les phénomènes vasomoteurs qu'ils produisent.

Nous avons vu par ailleurs que l'hypertonie peut compléter l'effet d'une intervention pour décollement rétinien ou même permettre la réapplication spontanée de la rétine décollée.

ÉTUDE CLINIQUE

I. — LES CIRCONSTANCES DE DÉCOUVERTE

Dans nos observations, 31 cas concernaient un glaucome chronique préexistant traité médicalement ou chirurgicalement.

Dix fois le glaucome fut découvert lors de l'hospitalisation pour décollement rétinien, devant la constatation d'un tonus élevé. Parfois l'attention fut attirée par une excavation papillaire ou par une mauvaise acuité visuelle de l'œil opposé. Une fois le glaucome fut révélé par une hypertonie importante dans les suites opératoires.

Dans douze cas le diagnostic du glaucome fut fait après l'hospitalisation pour décollement. Les délais de découverte du glaucome sont alors très variables s'étageant de un an à 27 ans. Dans un cas l'hypertonie accompagnait une récurrence d'un décollement sur œil unique opéré dix ans plus tôt. Dans les onze autres cas, l'augmentation du tonus fut décelée soit par examen systématique, soit devant des signes fonctionnels propres au glaucome (baisse d'acuité visuelle, signes irritatifs).

II. — LA SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie est variable. Les signes fonctionnels de décollement rétinien et de glaucome vont s'intriquer pour constituer plusieurs tableaux cliniques différents.

1) Généralement le décollement est au premier plan. Chez un malade glaucomateux connu ou non, il se manifeste par un trouble visuel plus ou moins important qui inquiète le malade : brouillards, baisse de l'acuité visuelle, déformation des objets, amputation du champ visuel, parfois précédé par une période de mou-

ches volantes, de phosphènes plus ou moins bien localisés. Le trouble fonctionnel peut être extrêmement discret dans les déchirures sans décollement rétinien et les décollements peu étendus, se réduisant à quelques éclairs lumineux ou une impression de « pluie de suie » ou de points noirs devant un œil.

2) Beaucoup plus rarement, le malade se présente comme un glaucome aigu ou subaigu avec :

- un œil rouge, dur, larmoyant, douloureux
- une baisse visuelle globale

et c'est un interrogatoire soigneux qui permet de retrouver les éléments fonctionnels du décollement rétinien ayant débuté quelques jours ou quelques semaines auparavant avec les phosphènes et l'amputation du champ visuel caractéristique.

3) Mais souvent le tableau clinique du décollement est très modifié par l'existence d'un glaucome chronique. Il s'agit alors de malades présentant un glaucome évolué avec baisse visuelle déjà ancienne et champ visuel altéré. Le glaucome est parfois suivi depuis longtemps et plus ou moins bien équilibré par le traitement médical.

Le décollement peut alors être silencieux du point de vue fonctionnel : en effet le trouble visuel peut débiter dans le « champ aveugle » du glaucome et l'acuité visuelle centrale peut soit rester normale, soit être légèrement abaissée. Si le déficit fonctionnel existe, tout en étant minime, il est souvent rattaché au glaucome et le décollement est méconnu : l'examen rétinien est en effet difficile, car on hésite à dilater le malade glaucomateux, et la dilatation est souvent très insuffisante lorsqu'un traitement myotique est suivi depuis longtemps.

III. — LES SIGNES D'EXAMEN

A) La valeur fonctionnelle de l'œil

— L'acuité visuelle est très variable : elle peut être très abaissée et réduite à une simple perception lumineuse plus ou moins conservée. Elle reste parfois normale dans les décollements périphériques ou les déchirures sans décollement.

— Le champ visuel va montrer des altérations dues à la fois au décollement et au glaucome.

Généralement les modifications apportées par le décollement sont les plus évidentes et l'on retrouve l'amputation caractéristique correspondant à la région rétinienne décollée, le champ visuel de l'autre œil pouvant lui, montrer une encoche nasale ou un début de scotome arciforme traduisant un glaucome chronique déjà évolué.

Parfois le déficit campimétrique glaucomateux prédomine. Depuis longtemps une altération du champ visuel est notée : il existe un déficit, nasal le plus souvent, plus ou moins étendu avec scotome de Bjerrum. Le décollement risque d'être méconnu s'il débute dans « le champ aveugle », et l'augmentation légère du déficit fonctionnel, qu'il entraîne risque d'être mise sur le compte du glaucome.

C'est dans ce cas, qu'il faut attacher une grande importance à la discordance qui existe entre ce « glaucome qui va bien » et semble bien équilibré du point de vue tonométrique, et l'aggravation fonctionnelle inexplicée. Il faut penser au décollement et examiner le fond d'œil après dilatation pupillaire.

B) Le segment antérieur et le tonus

1) **L'examen du segment antérieur** va parfois mettre en évidence, des éléments faisant suspecter un glaucome.

La cornée peut être le siège d'une buée épithéliale fine, mais ce signe est rarement retrouvé, l'hypertonie étant exceptionnellement assez élevée pour entraîner cette buée. Plus souvent on notera l'existence de dépôts pigmentés fins sur la Descemet. Ces dépôts sont parfois très importants, réalisant un véritable fuseau de Krukenberg.

On recherchera alors une atrophie irienne qui peut être diffuse ou localisée au bord pupillaire, ou à un secteur irien. L'existence d'une migration pigmentaire sur l'iris ou sur la cornée imposera une transillumination irienne qui pourra mettre en évidence l'atrophie des couches épithéliales de l'iris faisant suspecter le glaucome pigmentaire.

On note aussi soigneusement la profondeur ou l'étroitesse de la Chambre antérieure.

— Parfois l'examen à la lampe à fente va attirer l'attention sur certains signes faisant suspecter des lésions plus postérieures.

Le Tyndall de l'humeur aqueuse est en particulier fréquemment retrouvé dans le décollement rétinien et le trouble du vitré est souvent très marqué avec aspect fibrillaire et présence de nombreux éléments pigmentés.

2) **La gonioscopie** précise l'aspect de l'angle irido cornéen, sa largeur, l'existence d'une pigmentation du trabéculum. Elle met parfois en évidence un iridodonésis de la racine de l'iris.

3) **La pression oculaire** est très variable : l'œil glaucomateux porteur de décollement pouvant aussi bien être le siège d'une hypotonie que d'une hypertonie. Dans nos observations, trente fois le tonus a été pris au moment du décollement.

Dans douze cas, une hypertonie fut mise en évidence. Cette hypertonie était aiguë dans un cas, atteignant alors 70 à 80 mm de Hg et s'accompagnant d'une buée épithéliale. Il est impossible de préciser le type de ces décollements avec hypertension ; nos douze observations concernent en effet des décollements très variables, quant à leur ancienneté ou quant à leur type anatomique (étendue, nombre de déchirures).

Dans dix-huit cas, le tonus fut trouvé inférieur à 20 mm de Hg, mais quatorze fois, il conservait une valeur normale entre 14 et 20 mm de Hg. Nous n'avons donc que quatre cas d'hypotonie absolue (3 cas où le tonus était de 10 ou 11 mm de Hg, un cas où l'œil était très mou et la pression non mesurable). En fait, bien que la pression oculaire reste dans des valeurs normales, il existe une hypotonie relative nette si l'on compare le tonus de l'œil décollé au tonus de l'autre œil. Nous trouvons en effet, en moyenne pour ces 18 décollements une différence de pression de 8 mm de Hg entre les deux yeux. La valeur symptomatique de cette hypotonie relative est grande, une chute brutale du tonus doit faire penser à la possibilité d'une lésion rétinienne et impose un examen ophtalmoscopique après dilatation.

C) L'Ophtalmoscopie

doit être pratiquée après dilatation pupillaire. On examine l'aspect du décollement, son étendue, sa saillie, l'emplacement des déchirures et leur forme, ces éléments étant relevés sur un schéma. On notera l'état du vitré (trouble important, corps flottants, dégénérescence, absence ou existence de signe de rétrac-

tion vitréenne). Lors de son association avec le glaucome, le décollement ne semble revêtir aucun type particulier et toutes les formes peuvent se rencontrer.

Il faudra toujours regarder avec soin le fond d'œil du côté opposé. Nous avons en effet vu la fréquence des décollements bilatéraux, il faudra donc rechercher les séquelles de « choroïdite périphérique », les lésions atrophiques dégénératives séniles ou myopiques pouvant parfois réaliser de véritables déchirures rétinienues qui nécessiteront une surveillance et peut-être même une indication thérapeutique.

L'examen ophtalmoscopique de la périphérie peut être facilité par la dépression sclérale, ou l'examen biomicroscopique du Fond d'œil avec le verre de Goldmann.

Il faut noter également l'aspect des papilles :

- coloration
- rejet nasal des vaisseaux
- excavation, l'excavation au début étant parfois bien vue au verre de Goldmann.

IV. — ÉVOLUTION

A) Evolution du décollement de la rétine

L'existence d'un décollement impose une intervention chirurgicale, qui est pratiquée après une période de repos au lit avec pansement binoculaire ou lunettes sténopéiques. Le type d'intervention est variable suivant la forme du décollement. Le nombre d'interventions est lui aussi variable : sur les 36 décollements de rétine guéris dans nos observations, dix ont nécessité plusieurs interventions ; chez deux malades, quatre interventions furent nécessaires pour amener la réapplication rétinienne.

Quels sont les résultats obtenus ?

Nous avons relevé 67 décollements. Nous avons éliminé un décollement opéré trop récemment et six autres décollements non opérés, ces malades étant vus au stade d'œil unique avec cataracte dystrophique du côté opposé, secondaire à un décollement rétinien.

Sur les 60 décollements retenus, nous comptons 24 échecs (soit 40 %) et 36 succès (soit 60 %).

— Parmi ces 60 décollements, six malades ont présenté une évolution particulière avec récurrence de leur décollement. Deux ne furent pas réopérés, il s'agissait de décollements totaux avec rétraction vitréenne, survenus dans les trois mois suivant la première intervention. Trois furent réopérés avec succès, la récurrence étant survenue respectivement un mois, 2 ans et 10 ans après le premier décollement. Un de nos malades présenta une récurrence nasale supérieure sans déchirure visible, sur un œil unique opéré cinq ans avant à trois reprises de décollement rétinien. Le repos amena en trois jours une réapplication totale de la rétine, alors que le tonus oculaire s'élevait et se maintenait à 50 mm de Hg, nécessitant quinze jours plus tard une diathermie, qui fut pratiquée dans le quadrant nasal supérieur, sur un rang au niveau de la région ciliaire et sur un rang en quinconce dans la région rétrociliaire.

Ce malade fut revu un mois plus tard avec une rétine réappliquée et une pression oculaire à 30 mm de Hg. Depuis il a été perdu de vue.

— Cette observation pose le problème des réapplications spontanées des décollements rétiens chez les malades glaucomateux. Plusieurs cas en ont été publiés (trois observations de J. SEDAN 1928-1958, deux observations de VOGT 1934 - trois observations de P. MARX, LANGLOIS, PINCHON 1959 - une observation de R. JULIEN 1961), mais ils concernent généralement :

1) soit des décollements rétiens opérés par diathermie ou résection sclérale : le malade sort avec un soulèvement persistant et est revu plusieurs mois ou parfois plusieurs années plus tard à l'occasion d'un épisode d'hypertension oculaire, la rétine est alors réappliquée. Il peut donc s'agir ici de réactions exsudatives suivant l'intervention, avec réapplication tardive du décollement, favorisée probablement par la poussée d'hypertonie oculaire.

2) soit des décollements post-traumatiques, ou des décollements sans déchirure qui rentrent peut-être dans le cadre des décollements exsudatifs.

La première observation de MARX, concerne cependant un malade porteur d'un glaucome chronique simple qui présenta un décollement rétinien supérieur avec déchirure, le tonus oculaire étant de 20 mm de Hg. Le repos amena une réapplication totale

de la rétine, qui se maintenait six ans après, l'acuité visuelle étant de 9/10, et le tonus oculaire oscillant entre 30 et 35 mm de Hg. Il s'agit donc bien là d'un décollement idiopathique guéri spontanément, peut-être sous l'influence favorable de l'hypertonie.

Mais, en dehors du glaucome, il existe aussi des cas de guérison spontanée de décollement rétinien, comme en témoignent les observations histologiques. De même, la découverte systématique d'une déchirure rétinienne est assez fréquente. Rien ne prouve que cette déchirure n'existe pas depuis très longtemps, et rien ne permet d'affirmer dans certains cas qu'elle aboutira à un décollement rétinien.

La guérison spontanée du décollement rétinien chez un malade glaucomateux s'observe donc, mais c'est une évolution exceptionnelle et qui ne paraît a priori pas plus fréquente que dans les décollements sans glaucome, et en règle générale l'intervention est indispensable. Elle doit être pratiquée après une période de repos qui, amenant une réapplication plus ou moins complète de la rétine, améliorera les conditions de l'intervention.

B) L'évolution du glaucome

Nous distinguerons ici l'évolution immédiate que nous limiterons à la période d'hospitalisation pour le décollement rétinien et l'évolution tardive du glaucome.

1°) **L'Évolution immédiate du glaucome** doit être tout d'abord envisagée pendant la période pré-opératoire.

— Des accidents hypertoniques peuvent être alors déclenchés par l'atropine, instillée de façon systématique ou le pansement binoculaire souvent préféré aux lunettes sténopéiques. L'atropine et les mydriatiques en général ne sont dangereux qu'en cas de glaucome à angle fermé non opéré. Dans le glaucome à angle large, ils ne modifient pas ou dans des limites très discrètes, le tonus oculaire. En conséquence l'importance de ce facteur étiologique nous paraît très restreinte.

— La réapplication de la rétine au repos, nous semble par contre un facteur beaucoup plus important. Elle amène une suppression de la voie choroïdienne d'écoulement de l'humeur aqueuse et s'accompagne chez le sujet normal d'une légère élévation de la pression intraoculaire (ZEPPA). Cette élévation est beaucoup

plus marquée chez le sujet glaucomateux, du fait de la résistance à l'écoulement plus importante au niveau du trabéculum, et peut avoir une traduction clinique.

A. BONAVALONTA publie quatre observations de décollements rétiniens s'accompagnant d'hypertonie au moment de l'épreuve du repos. Ces hypertopies atteignaient 35 mmHg dans trois cas, et 50 mmHg dans le quatrième cas : elle entraînait alors une buée épithéliale. Les quatre malades furent mis au Diamox qui amena un retour rapide de la tension oculaire à des chiffres normaux, puis ils furent opérés.

— L'hypertonie peut donc au cours de la période pré-opératoire ou même d'emblée, revêtir un caractère aigu et par le trouble cornéen qu'elle entraîne et le danger qu'elle fait courir à l'œil, nécessiter un traitement d'urgence.

Quel traitement faut-il envisager?

— Plusieurs auteurs proposent un traitement chirurgical du glaucome avant toute thérapeutique du décollement rétinien, en particulier s'il s'agit du glaucome à angle fermé :

— iridectomie périphérique pour B. BOYD, R.H. CAMBIASO

— ou cyclodialyse qui serait l'opération de choix, car peu traumatisante, elle assure une baisse de pression oculaire, souvent temporaire, mais suffisante pour traiter dans de bonnes conditions le décollement (R.H. CAMBIASO, A. BONAVALONTA)

— les interventions fistulisantes sont rejetées par la plupart des auteurs, car leur fonctionnement sera compromis par les réactions inflammatoires conjonctivales souvent marquées, suivant l'intervention pour décollement rétinien.

— Ces interventions antiglaucomateuses, ont l'avantage d'amener une baisse de pression, permettant d'intervenir secondairement sur le décollement, mais d'une part elles constituent un traumatisme opératoire important, susceptible d'aggraver le décollement, d'autre part elles sont insuffisantes dans la majorité des cas, et n'éviteront pas au malade une deuxième intervention ultérieurement. Il semble donc que le traitement du décollement prime celui du glaucome. Il y a pourtant des cas où le glaucome doit être traité avant le décollement, car sa présence gêne l'intervention qui vise à réappliquer la rétine.

Lorsqu'un glaucome à angle fermé a présenté déjà plusieurs crises aiguës ou subaiguës, la dilatation pupillaire n'est pas possible. Il faut faire une iridectomie, de préférence totale, car elle facilite l'examen du fond d'œil. Si le malade n'a jamais eu de signes fonctionnels de type irritatif, on peut tenter de dilater la pupille sous couvert d'un traitement général hypotenseur par le Diamox.

Un glaucome à angle ouvert peut parfois s'accompagner d'une hypertonie élevée avec buée cornéenne gênant l'examen du fond d'œil. Il faut alors donner des inhibiteurs de l'anhydrase carbonique qui abaisseront la pression oculaire à un niveau moins dangereux, et feront disparaître la buée épithéliale. On pourra alors opérer le décollement dans de meilleures conditions.

Il vaut mieux lors du traitement du glaucome ne pas donner de myotiques, car ils gêneront considérablement l'examen de la rétine.

— Au cours de l'intervention, il faut surveiller la pression oculaire, surtout si l'on pratique une résection sclérale, ou toute autre intervention raccourcissant le globe, si l'on fait une injection intravitréenne d'air, de sérum ou de vitré lyophilisé. L'hypertonie pourra favoriser la réapplication de la rétine, mais elle peut être dangereuse pour la vascularisation du nerf optique et l'avenir fonctionnel de l'œil si elle persiste et dans ce cas, il ne faut pas hésiter à avoir recours aux médications hypotensives générales.

Si le tonus d'un glaucome chronique est très élevé au cours de la période pré-opératoire et si l'on sait qu'il baisse après administration d'inhibiteurs du débit, on peut se demander si l'on n'aurait pas intérêt à compléter l'intervention pour décollement, par une diathermie plus antérieure à visée antiglaucomateuse. Cette intervention n'a pas de contre-indication ; elle serait de réalisation facile et pourrait amener une bonne réduction de l'hypertonie.

— Dans les suites opératoires immédiates, l'hypertonie peut aussi être dangereuse, mal réduite par le traitement médical et nécessiter une intervention.

Mais de façon générale, il est préférable, si cela est possible, de ne pas intervenir tout de suite sur ce glaucome dont l'évolution sera modifiée par la première intervention pratiquée pour le décollement rétinien.

2°) **L'évolution tardive du glaucome** est très variable et imprévisible. L'intervention pour décollement comporte, nous l'avons

vu, des éléments à l'origine d'hypotonie : coagulation des artères ciliaires, diathermie antérieure et d'autres éléments à l'origine d'hypertonie (raccourcissement du globe, thromboses veineuses, réaction inflammatoire secondaire) qui vont s'associer pour modifier l'évolution du glaucome.

Sur 27 malades opérés avec succès de leur décollement et qui ont pu être suivis, onze ont eu un tonus normal sans traitement, dix furent équilibrés par le traitement médical et six nécessitèrent un traitement chirurgical. Nous n'avons trouvé aucune relation entre l'évolution du glaucome et le type et le nombre d'interventions nécessitées par le décollement rétinien. L'intervention pour décollement semble exercer une action hypotonisante et stabiliser le tonus pendant quelques mois. Puis l'évolution est très variable : certains glaucomes restent stabilisés sans traitement ou relèvent d'un traitement médical simple, d'autres reprennent leur aspect évolutif habituel et nécessitent ultérieurement une intervention. Dans un seul cas, un glaucome pigmentaire qui était stabilisé par le traitement médical, fit un mois après guérison du décollement, une poussée hypertonique qui amena à pratiquer une angiodiathermie cyclodialyse, mais l'autre œil présenta une évolution identique, quelques mois plus tard et il ne semble pas que l'on puisse attribuer au décollement un rôle aggravant.

L'intervention antiglaucomateuse pratiquée fut dans deux cas de glaucome pigmentaire, une cyclodialyse associée à une angiodiathermie qui amena une stabilisation du tonus. La cyclodialyse fut insuffisante et dut être complétée par une cyclodiathermie chez un autre de nos malades.

Dans les trois autres cas, une intervention filtrante fut réalisée : elle fut satisfaisante dans deux cas et se traduisit par un échec dans le troisième. Il faut signaler les difficultés techniques rencontrées lors de ces interventions, du fait de l'existence des adhérences conjonctivales.

Le mauvais état conjonctival risque de compromettre le résultat de l'opération filtrante. Il ne faut donc pas hésiter à la pratiquer dans un quadrant inférieur, si le traitement du décollement rétinien a comporté une incision de la conjonctive supérieure. Si la rétraction et la fibrose de la conjonctive sont très marquées, il vaut mieux se contenter d'une angiocyclusodiathermie.

Aucune complication rétinienne ne fut observée lors du traitement tardif du glaucome.

DÉDUCTIONS PRATIQUES

Cette étude clinique de l'association du glaucome chronique et du décollement rétinien idiopathique, nous conduit à retenir plusieurs éléments intéressants du point de vue pratique, tant sur le plan diagnostique, que pronostique et thérapeutique.

I. — LE DIAGNOSTIC DE L'ASSOCIATION GLAUCOME - DÉCOLLEMENT RÉTINIEN

Est difficile. Nous l'envisagerons chez un malade glaucomateux connu puis chez un malade venant consulter pour un décollement.

1) Chez le malade glaucomateux connu, le décollement peut se traduire par son cortège de signes fonctionnels habituels : brouillards, phosphènes, voile, qui d'emblée attireront l'attention sur le segment postérieur du globe. Il sera alors rapidement reconnu.

Mais très souvent, le tableau clinique est beaucoup plus fruste. Il s'agit d'un œil déjà mauvais du point de vue fonctionnel, avec acuité visuelle basse et champ visuel altéré. La baisse visuelle peut être minime et ne pas inquiéter le malade : l'amputation du champ visuel peut se superposer plus ou moins exactement au déficit glaucomateux. Le décollement est alors pratiquement muet du point de vue fonctionnel. C'est dans ce cas, qu'il faut attacher une grande importance à la normalisation soudaine du tonus oculaire, étonnante chez ce malade, dont l'acuité visuelle a baissé et dont le champ visuel s'est plutôt aggravé. Il faut penser au décollement et examiner le fond d'œil après dilatation pupillaire.

La dilatation pupillaire est classiquement contre-indiquée chez le sujet glaucomateux, cependant elle peut être pratiquée sans danger chez les malades présentant un glaucome chronique simple dont l'angle iridocornéen est ouvert. Lorsqu'il s'agit d'un glauco-

me à angle fermé, on peut aussi dilater la pupille, en utilisant sous couvert de Diamox, des mydriatiques d'action courte et de type sympathicomimétique (néosynéphrine par exemple).

2) Lorsque le malade vient consulter pour un décollement rétinien, l'existence d'un glaucome chronique associé est fréquemment ignorée. Le décollement rétinien constitue une maladie grave et toute l'attention de l'ophtalmologiste est concentrée sur le segment postérieur. L'examen minutieux de la rétine, la recherche des déchirures imposent un examen ophtalmoscopique long qui fatigue le malade, aussi le reste de l'examen oculaire est le plus souvent fait de façon trop rapide. La prise du tonus est parfois pratiquée uniquement sur l'œil atteint de décollement. Parfois on se contente même d'une appréciation digitale de la pression oculaire.

De la même façon après l'intervention, le malade reste longtemps couché, si le champ visuel n'est pas pratiqué à la sortie de l'hôpital de façon systématique, le glaucome risque de ne pas être découvert.

La fréquence de l'association glaucome chronique, décollement rétinien et les conséquences thérapeutiques qu'elle entraîne, justifient la prise de la pression des deux yeux de façon systématique chez le sujet atteint de décollement de la rétine.

Si la pression oculaire semble élevée, si l'attention est attirée par une pâleur papillaire ou une acuité visuelle faible inexpliquée au niveau de l'autre œil, il faut pratiquer un champ visuel, une gonioscopie et une courbe de tonus pendant la période post-opératoire lorsque le malade commence à se lever. Si l'on suspecte un glaucome chronique, il faut alors pousser plus loin les investigations (tonographies, épreuves de provocation) qui peuvent facilement être pratiquées au niveau de l'autre œil.

II. — LE PRONOSTIC DE L'ASSOCIATION GLAUCOME DÉCOLLEMENT RÉTINIEN

L'association glaucome-décollement de la rétine réalise la juxtaposition de deux des maladies oculaires les plus graves. A priori, le pronostic ne peut donc pas être très bon. Le décollement

rétinien guérit dans 60 % des cas environ, mais cette guérison anatomique s'accompagne souvent d'un mauvais résultat fonctionnel, si le pôle postérieur a été décollé et si la région maculaire est le siège de lésions irréversibles. L'existence d'un glaucome va d'une part augmenter la fragilité de l'œil, d'autre part elle implique des altérations fonctionnelles propres au glaucome : acuité visuelle déjà abaissée, champ visuel rétréci. Le pronostic fonctionnel de l'association des deux maladies est donc réservé : si dans 60 % des cas, nous avons aussi obtenu une réapplication rétinienne, un bon nombre de ces malades n'ont pas récupéré une acuité visuelle normale du fait de l'atrophie débutante du nerf optique.

L'existence d'une hypotonie relative lors du décollement de rétine semble par ailleurs un facteur de moins bon pronostic. En effet sur 29 malades qui ont pu être suivis du point de vue tonométrique, 17 avaient un tonus normal ou bas et 12 avaient un tonus supérieur à la normale. Sur le premier groupe de 17 malades, nous trouvons dix guérisons du décollement et sept échecs, soit 41 % d'échecs et 59 % de guérisons, alors que dans le deuxième groupe nous ne comptons que deux échecs pour dix réapplications rétiniennes, soit 17 % d'échecs et 83 % de guérisons. Le pourcentage de réapplication du décollement rétinien est donc beaucoup plus élevé lorsque l'œil est hypertone. Nous avons vérifié par ailleurs que les deux groupes d'observations étaient constitués par des décollements identiques du point de vue anatomique (ancienneté, étendue du décollement, nombre de déchirures) et le groupe des décollements hypertoniques ne portaient donc pas a priori de décollements de meilleur pronostic anatomique.

Par ailleurs il faut souligner la fréquence de la bilatéralité du décollement rétinien. La statistique générale des décollements de la Clinique ophtalmologique donne 17 % de décollements de rétine bilatéraux, alors que chez nos malades nous avons trouvé un pourcentage qui atteint 26 %. Ceci est probablement en liaison avec la proportion de myopies plus élevée chez les malades présentant un glaucome chronique associé au décollement rétinien. Cette notion de bilatéralité du décollement doit être bien connue, car il faut se souvenir du risque que l'on fait courir au malade, lorsqu'on intervient, soit sur le glaucome, soit sur la cataracte. La cataracte semble être une complication assez

fréquente dans l'évolution de la maladie, du fait de la myopie favorisant la cataracte nucléaire, du fait des interventions multiples, en particulier les interventions fistulisantes, qui accélèrent la maturation du cristallin, enfin du fait de l'origine commune des trois maladies, cataracte coronaire, glaucome et décollement, soulignée par SCHEPENS dans de nombreux cas. Chez nos 53 malades, nous avons noté dans 45 % des cas (24 cas) une cataracte qui douze fois entraîna une indication opératoire. Sept malades firent un décollement de rétine post-aphakie. Le risque de décollement rétinien bilatéral est donc encore augmenté chez ces malades. Nous savons d'autre part que le traitement préventif du décollement fait à l'aveugle sur des lésions rétiniennes probables est décevant, et qu'il reste valable seulement pour les lésions rétiniennes confirmées, encore visibles derrière une cataracte peu épaisse. Il ne fut pratiqué que chez un seul de nos malades. Chez les autres malades il faut donc surveiller la rétine attentivement, surtout pendant les deux ans suivant l'extraction du cristallin, délai d'apparition le plus fréquent du décollement rétinien post-aphakie ; cette surveillance permet un traitement précoce du décollement, et augmente les chances de succès de l'intervention.

III. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DÉDUITES DE L'ASSOCIATION GLAUCOME PRIMITIF DÉCOLLEMENT RÉTINIEN

L'existence d'un décollement de rétine justifie un traitement chirurgical rapide. D'autre part le glaucome nécessite, lui aussi, souvent un traitement chirurgical, et de toute façon exige un traitement médical. Les deux traitements sont dans la plupart des cas totalement différents. Comment faut-il les concilier pour laisser à l'œil le maximum de chances de guérison avec le meilleur résultat ?

Deux évidences s'imposent tout d'abord :

1) Il faut traiter le plus rapidement possible le décollement rétinien : en effet plus longtemps la rétine reste soulevée, plus minces sont ses chances de récupération fonctionnelle. Ceci s'applique particulièrement à la rétine centrale. Un décollement

périphérique n'atteignant pas le pôle postérieur et ayant entraîné peu de signes fonctionnels, ne nécessite pas un traitement aussi urgent qu'un décollement intéressant la région maculaire, mais il faut se souvenir que le décollement peut évoluer vite et devenir rapidement total, assombrissant le pronostic fonctionnel.

2) Il ne faut pas laisser persister une hypertension élevée, car elle peut entraîner des dégâts irréversibles dans un délai très variable suivant les différents sujets, se traduisant par une chute de l'acuité visuelle. Actuellement, l'hypertonie aiguë peut être jugulée par des moyens médicaux, myotiques, injections rétrobulbaires, inhibiteurs de l'anhydrase carbonique surtout, réduisant de façon considérable la pression oculaire. Ils seront utilisés fréquemment, l'intervention d'urgence (iridectomie ou iridencleisis) étant exceptionnelle et réservée aux hypertensions élevées résistant au traitement médical.

Il en résulte qu'en règle générale, il faut opérer d'abord le décollement rétinien et que l'hypertonie justifie seulement un traitement médical. Cependant lorsque les inhibiteurs de l'anhydrase carbonique sont contre-indiqués, ou quand le traitement médical s'avère inopérant, peut persister une hypertonie aiguë, avec buée épithéliale et l'intervention pour décollement rétinien en est rendue difficile. Il faut alors intervenir : le glaucome à angle fermé nécessite une iridectomie totale. Le glaucome à angle ouvert peut être justifiable d'une intervention filtrante ou d'une diathermie.

L'intervention filtrante semble avoir des indications réduites, car pratiquée avant l'opération du décollement, elle risque d'aggraver ce dernier par le traumatisme qu'elle occasionne. Après l'opération du décollement, elle est souvent rendue impossible par l'état de la conjonctive qui empêche toute filtration valable. Il ne faut pas oublier enfin qu'il s'agit d'yeux myopes fragiles et que l'intervention peut être compliquée d'issue de vitré ou de subluxation du cristallin. Enfin, elle est impossible chez l'aphaque du fait du danger vitréen.

Les interventions visant à diminuer le débit (cyclodiathermie, angiodiathermie) n'ont pas de contre-indications. Lorsqu'on le peut, il faut s'assurer auparavant qu'elles seront efficaces par un traitement au Diamox.

Si la cyclodialyse garde peu d'indications dans le glaucome primitif, il faut néanmoins lui réserver les cas de glaucome sur œil aphaque.

OBSERVATIONS

I. — GLAUCOME CHRONIQUE SIMPLE ASSOCIÉ AU DÉCOLLEMENT DE RÉTINE

A) Décollement rétinien survenant dans l'évolution d'un glaucome chronique connu.

Nous distinguerons les observations des glaucomes traités médicalement et celles des glaucomes traités chirurgicalement avec apparition secondaire d'un décollement de rétine.

1°) Les glaucomes traités médicalement :

OBSERVATION N° I

FOU... Josette, 35 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophthalmologique de Lyon pour décollement de la rétine de l'O.G. le 17.1.61.

Antécédents personnels : Myopie forte de moins 15 dioptries O.D.G.

Glaucome chronique O.D.G. découvert en novembre 1960 et traité par Pilocarpine 2 % 3 fois par jour.

Cataracte O.G. opérée 3 ans auparavant.

Histoire de la maladie :

Depuis trois semaines, brouillards et baisse de l'acuité visuelle de l'O.G. Voile inférieur. Pas de phosphènes.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 9/10 avec —15.

S.A. normal.

F.O. : Existence d'une large déchirure à clapet sur le méridien de 2 heures, sans décollement rétinien.

P.O.D. : 10 mm de Hg.

O.G. : V : ♀ Bonnes P.L.

L.A.F. : Aphakie. Hyaloïde intacte. Tyndall discret de l'humeur aqueuse. Trouble du vitré.

F.O. : Décollement pratiquement total, ne respectant qu'un tout petit secteur temporal supérieur, avec large déchirure en fer à cheval sur le méridien de 11 heures.

Œil très hypotone.

Amélioration importante au repos.

Intervention O.G. le 20.1.61 :

Après repérage d'une déchirure qui est presque à plat, les premières boules provoquent immédiatement une exsudation importante (ou un soulèvement rétinien). L'œil est d'ailleurs très mou. On coagule la zone de l'orifice. Malgré plusieurs ponctions elle reste soulevée et les marques apparaissent irrégulièrement. Injection de 0,5 cc de sérum intraoculaire, qui aboutit à un tonus élevé.

Suites opératoires simples, réapplication rétinienne.

Intervention O.D. le 7.2.61 :

Photocoagulation de la déchirure qui prend bien, malgré un léger soulèvement de la lèvre supérieure.

Suites opératoires simples.

Le 21.2.61, les rétines sont réappliquées. P. O.D. : 15. P. O.G. : 33. La gonioscopie de l'O.G. montre un angle large, normal, ouvert sur tout son pourtour. La malade quitte le service avec Pilocarpine à 2 %, 3 fois par jour dans l'O.G.

Revue le 27.11.61 : la guérison se maintient. P. O.D. : 19. P. O.G. : 33. On prescrit Epinéphrine le matin et Pilocarpine 2 fois par jour dans l'O.G.

OBSERVATION N° 2

GAY... Maurice, 52 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon par le Docteur R. Hugonnier, pour décollement de rétine de l'O.D. le 21.3.63.

Antécédents familiaux :

Père soigné pour un glaucome chronique.

Antécédents personnels :

Myopie : moins 8 dioptries O.D.G.

Glaucome chronique simple dépisté en Juillet 62 à l'occasion d'un changement de verres. Prescription de Pilocarpine 5 fois par jour O.D.G., qui équilibre la pression.

Histoire de la maladie :

Phosphènes depuis plusieurs mois, non localisés avec baisse de l'acuité visuelle depuis un mois,

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 2/10 A.C.

S.A. : normal.

F.O. : Décollement temporal avec large déchirure équatoriale s'étendant de 9 heures à 10 heures. Le décollement affleure la région maculaire. Papille légèrement excavée.

P. O.D. : 20 mm de Hg.

Le C.V. montre une encoche nasale surtout supérieure.

Gonioscopie : angle ouvert, normal.

O.G. : V. : 8/10 A.C.

S.A., gonioscopie, F.O., C.V. sont normaux.

P. O.G. : 15 mm de Hg sous pilocarpine.

Intervention O.D. le 25.3.63 :

Volet scléral lamellaire de 9 heures à midi. Diathermie. Bonnes marques. Inclusion de scléère. Pas de ponction.

Suites opératoires simples.

Sortie le 18.4.63 : V.O.D. : 3/10. Rétine réappliquée. P. O.D. : 13 mm de Hg. P. O.G. : 23 mm de Hg avec Pilocarpine 3 % 3 fois.

OBSERVATION N° 3

FAU... Raymond, 50 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon, le 28.2.63, pour glaucome chronique de l'O.G.

Histoire de la maladie :

Glaucome chronique de l'O.G. découvert en 1962 à l'occasion d'un changement de lunettes, mal équilibré par la Pilocarpine et s'accompagnant d'une atteinte du champ visuel.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 10/10 avec (0° — I) — 1,50.

S.A. et F.O. normaux. Tonus : 16 mm de Hg. C.V. normal.

O.G. : V. : 6/10 avec (0° — I) — 2,50.

L.A.F. : Cataracte coronaire.

F.O. : Excavation de la papille avec rejet nasal des vaisseaux. Existence d'un petit décollement rétinien plat temporal, sans déchirures visibles.

C.V. : Amputation du champ nasal.

Tonus oculaire : 35 mm de Hg.

Le bilan étiologique infectieux pratiqué est entièrement négatif.

Le 7.3.63 il persiste un décollement très périphérique de 1 heure à 4 heures qui s'est réduit au repos, mais n'a pas disparu. Il n'y a pas de trou visible, mais la cataracte coronaire gêne l'examen de la périphérie. P.O.G. : 30 mm de Hg.

Intervention le 8.3.63 :

Volet scléral de 1 heure à 4 heures. 4 à 5 rangs de coagulations. Ponction à 2 heures ramenant un liquide fluide. Inclusion de sclère.

Suites opératoires très simples : réapplication de la rétine. P.O.G. : 19 mm de Hg. Revu le 23.4.63 : guérison anatomique du décollement. P.O.G. : 11 mm de Hg malgré l'atropine.

OBSERVATION N° 4

GUY... Antoine, 57 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique le 27.3.52 pour décollement de rétine de l'O.D.

Antécédents personnels :

Glaucome chronique simple bilatéral découvert en août 51 et traité par la Pilocarpine.

Histoire de la maladie :

Baisse visuelle brutale de l'O.D. depuis trois jours.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 0, Mauvaise P.L.

S.A. : normal.

F.O. : Décollement rétinien très saillant de toute l'hémi-rétine supérieure avec large déchirure à 11 heures. Excavation de la papille.

P.O.D. : 18 mm de Hg.

O.G. : V. : 10/10 sans correction.

S.A. : normal.

F.O. : excavation glaucomateuse de la papille.

P.O.G. : 25 mm de Hg avec Pilocarpine.

Intervention O.D. le 28.3.52 :

Hémirésection supérieure avec coagulations à la boule dans la tranche. Perforantes en arrière.

Suites simples : réapplication de la rétine.

Le 15.5.52 : V.O.D. : 1/4. P.O.D. : 16. P.O.G. : 22 avec Pilocarpine.

Le 11.3.54 : V.O.D. : 1/2. P.O.D. : 30. P.O.G. : 25 avec Pilocarpine 3 % 3 fois.

Le 14.3.57 la guérison persistait : V.O.G. : 2/3. P.O.D. : 22. V.O.G. : 10/10. P.O.G. : 20.

OBSERVATION N° 3

LAR.. Pierre, 48 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 29.5.54, pour décollement de rétine de l'O.G.

Antécédents personnels :

O.D. : Décollement non opéré. Cataracte dystrophique. V. : O.
Glaucome chronique simple de l'O.G. connu depuis 1 an. Le tonus oculaire est de 25 mm de Hg avec Pilocarpine 4 % 4 fois.

Histoire de la maladie :

Troubles fonctionnels de l'O.G. depuis 8 jours : brouillards, filaments noirs.

Exament à l'entrée :

O.G. unique : V. : 1/10 avec (0° — 1,50) — 2,25.

S.A. : normal.

F.O. : décollement de l'hémi-rétine supérieure très sail-
lant, avec déchirure en fer à cheval à 11 heures, et
petit trou à 2 heures.

P.O.G. : 20 mm de Hg.

Intervention O.G. le 5.6.54 :

Diathermie des 2 quadrants supérieurs. Coagulations à la boule très pos-
térieures en insistant sur la zone de la plus grosse déchirure. Deux perforan-
tes de drainage. Suites opératoires simples : le malade quitte le service le
26.6.54. V. : 1/6. Rétine à plat.

Nouveau séjour le 3.7.54 :

Le malade a présenté la veille brutalement un voile noir dans son champ
visuel inférieur. L'examen du F.O. montre une récidence du décollement supé-
rieur avec léger trouble du vitré. Il existe 2 zones suspectes à 11 heures et
midi, sans véritables déchirures. Le tonus oculaire est de 6 mm de Hg.

Deuxième intervention O.G. le 12.7.54 :

Résection sclérale de 9 heures à 11 heures. Drainage par 2 perforantes à
7 et 8 heures qui donne une bonne issue de liquide.

Les suites opératoires sont marquées par la persistance d'un soulèvement
nasal inférieur avec déchirures à 7 et 9 heures.

Troisième intervention O.G. le 6.8.54 :

Repérage et coagulation de la déchirure de 9 heures après section tem-
poraire du droit interne. Repérage et coagulation de la déchirure de 7 heu-
res. Résection sclérale de 6 à 9 heures. Coagulations à la boule de la tran-
che, plus un barrage plus en arrière. Perforante qui donne une issue de liqui-
de modérée.

Suites opératoires : très grosse réaction inflammatoire avec chemosis,
exophtalmie, trouble du vitré nécessitant un traitement cortisonique.

Le malade sort le 9.10.54, il persiste un soulèvement inférieur.

Nouveau séjour le 11.1.55. Le malade présente un décollement temporal
avec à 1 heure une zone de rétinite palissadique à petits trous. Le vitré est
clair. V.O.G. : 1/20.

Quatrième intervention le 16.1.55 :

Résection sclérale de midi à 5 heures. La zone repérée est située au niveau des insertions du grand oblique, que l'on sectionne. Une perforante à 5 heures qui donne une quantité assez importante de liquide.

Suites opératoires simples. La rétine est réappliquée. V : 1/20. La pression oculaire est de 25 mm de Hg sans traitement, de 17 mm avec Pilocarpine 2 % 2 fois. Le malade a été revu le 16.11.63 : son état oculaire est inchangé.

OBSERVATION N° 6

MOQ... Marcel, 55 ans.

Malade du Docteur J. Charleux.

Antécédents personnels :

Glaucome chronique simple O.D.G. découvert en avril 61 à l'occasion d'une gêne oculaire gauche. Le malade est suivi régulièrement avec :

O.D. : V. : 10/10 sans correction.

F.O. : Début d'excavation de la papille.

Gonioscopie : angle ouvert normal.

C.V. : Légère encoche temporale inférieure très discrète.

O.G. : V. : 5/10 sans correction.

F.O. : Excavation nette de la papille.

Gonioscopie : angle normal large.

C.V. : Très altéré, rétrécissement important avec amputation nasale et scotome arciforme.

La pression oculaire est de 32 mm de Hg des 2 côtés sans traitement. La pilocarpine à 3 % 4 fois et 3 demi comprimés de Diamox amènent le tonus à 20-25 mm de Hg.

Histoire actuelle :

Le 4.4.62, le malade vient consulter, comme il le fait tous les mois, pour la surveillance de son glaucome. Il ne présente aucun signe fonctionnel. On constate :

— à droite : V. : 10/10. P.O.D. : 26 mm de Hg.

— à gauche V : 1/10. P.O.G. : 15 mm de Hg.

On dilate la pupille à gauche et l'on trouve un décollement temporal peu étendu encore avec déchirure à 3 heures. Le C.V. est pratiquement identique : peut-être le déficit nasal a-t-il augmenté un peu en haut.

Intervention O.G. le 9.4.62 :

Volet scléral de 2 à 4 heures 30 avec inclusion de sclère. A noter une hypertonie importante en fin d'intervention; nécessitant l'administration de Diamox intraveineux. Suites opératoires simples. Réapplication rétinienne. V.O.G. : 3/10. P.O.G. : 10 sans traitement.

Le malade revient le 11.7.62 : il présente un trouble visuel important de

l'O.G. depuis quelques jours. V.O.G. : $\varnothing$. P.O.G. : 10. Le F.O. montre une récidence du décollement avec décollement total très saillant. Epreuve du repos pendant 48 heures qui n'amène aucune amélioration. Abandon.

OBSERVATION N° 7

ZEM... Jeanne, 54 ans.

Malade adressée dans le Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de l'Antiquaille pour décollement de rétine de l'O.D. le 11.1.63.

Antécédents familiaux :

Un frère opéré sans succès de décollement de rétine bilatéral.

Antécédents personnels :

Myopie forte, moins 10 dioptries O.D.G.

Glaucome chronique simple O.D.G. découvert en 58, traitement non suivi.

Histoire de la maladie :

Baisse visuelle de l'œil droit datant de 8 jours.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : $\varnothing$ Bonne P.L.

S.A. : Cataracte nucléaire au début.

P.O.D. : 20 mm de Hg.

F.O. : Décollement occupant les 2/3 supérieurs de la rétine, avec 2 déchirures à lambeau à 11 et 2 heures.

O.G. : V. : 1/20, mais de près la malade lit le N° 2 de l'échelle de Parinaud sans correction.

S.A. : Cataracte nucléaire assez évoluée.

P.O.G. : 36 mm de Hg.

Gonioscopie : angle normal.

F.O. : mal vu, semble normal.

Intervention O.D. le 17.1.63 :

Résection sclérale des 2 quadrants supérieurs.

Les suites opératoires sont simples. La malade quitte le Service le 13.2.63 : la rétine est à plat, il faut noter des hémorragies en plaques du pôle postérieur.

La malade est revue le 24.4.63. On note V.O.D. : 2/10 A.C. P.O.C. : 27 mm de Hg sans traitement, la rétine est à plat, la papille est excavée. L.O.G. fut ensuite opéré de cataracte le 6.6.63. Le 22.6.63 à la sortie de l'hôpital :

V.O.D. : 2/10. P.O.D. : 28 mm de Hg.

V.O.G. : 1/10. P.O.G. : 22 mm de Hg.

OBSERVATION N° 8

VER... Joséphine, 66 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 13.9.61 pour récidive de décollement de rétine de l'O.G.

Antécédents personnels :

Glaucome chronique simple depuis mai 61, traité médicalement (pilocarpine + diamox), mais non équilibré. A eu du D.F.P. dans les 2 yeux.

Histoire de la maladie :

Décollement de rétine de l'O.G. constaté début Août 61. Intervention le 17.8.61 : résection sclérale pour une déchirure à 5 heures. Actuellement la malade fait une récidive qui glisse du côté nasal.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 5/10 + 1.

L.A.F. : Cataracte nucléaire au début, C.A. profonde.

F.O. : Excavation profonde avec papille bien colorée.

Gonioscopie : angle ouvert large.

P.O.D. : 25 mm de Hg avec Pilocarpine.

O.G. : V. : 0. Bonnes P.L.

L.A.F. : Tyndall important de l'humeur aqueuse, synéchies postérieures, trouble du vitré.

F.O. : Décollement temporal et nasal inférieur, la déchirure de 5 heures semble ouverte.

P.O.G. : 15 mm de Hg.

Intervention O.G. le 25.9.61 :

Résection sclérale en arrière de la précédente de 3 à 6 heures.

Suites opératoires simples, la rétine est réappliquée. La pression de l'O.G. est de 20 à 25 mm de Hg sans traitement ; la pression de l'O.D. est très mal équilibrée par les myotiques et l'indication d'intervention fistulissante est posée. La malade préfère rentrer chez elle pendant quelque temps.

Nouveau séjour le 30.11.61 :

La malade revient comme convenu pour son Lagrange de l'œil droit. On découvre alors une récidive du décollement à gauche avec décollement total qui n'est pas réopéré. La pression oculaire est de 18 mm de Hg à gauche.

OBSERVATION N° 9

VIL... Pauline, 65 ans.

Malade adressée dans le Service d'Ophtalmologie de l'Antiquaille pour décollement de rétine de l'O.D. le 7.11.57.

Antécédents personnels :

Glaucome chronique bilatéral découvert en Juin 1957 et traité par la Pilocarpine.

Histoire actuelle :

Depuis trois semaines, trouble visuel de l'œil droit.

A l'entrée dans le Service :

O.D. : V. : Q. Mauvaises P.L.

P.O.D. : 15 mm de Hg.

F.O. : Décollement de rétine très saillant en dôme supérieur, avec deux déchirures à midi et 2 heures, très postérieures.

O.G. : V. : 1/20.

F.O. : Excavation glaucomateuse avec atrophie.

P.O.G. : 20 mm de Hg avec Pilocarpine.

Le champ visuel montre une amputation nasale inférieure.

Intervention OD. le 9.11.57 :

Résection sclérale de 10 à 2 heures.

Suites marquées par la persistance du soulèvement.

Intervention O.D. le 12.12.57 :

Nouvelles coagulations diathermiques de 9 à 3 heures. Plicature sclérale supérieure.

Suites opératoires : échec, décollement total. P.O.D. : 7 mm de Hg.

OBSERVATION N° 10

FAL... Joséphine, 67 ans.

Malade du Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de l'Antiquaille.

Antécédents personnels :

Myopie faible. O.D. —3, O.G. (90° —0,50) —3.

Glaucome chronique simple O.D.G. découvert début juin 1960 avec

O.D. : Cataracte corticonucléaire épaisse.

P.O.D. : 25.

Acuité inférieure à 1/10.

O.G. : V. : 4/10.

Cataracte moins évoluée.

Excavation glaucomateuse de la papille.

C.V. : amputation nasale inférieure.

P.O.G. : 25.

Extraction de la cataracte OD. le 16.6.60, sans incident. Suites simples : V.O.D. : 4/10 A.C., mais P.O.D. : 30 mm de Hg. Le tonus est ensuite à peu près équilibré avec pilocarpine 2 % 3 fois O.D.G.

Histoire de la maladie :

Hospitalisation le 5.4.61 pour des troubles visuels de l'O.D. remontant à une huitaine de jours.

A l'examen :

O.D. : V. : $\varnothing$. Bonnes P.L.

P.O.D. : 16 mm de Hg.

F.O. : Décollement très saillant de l'hémirétine supérieure avec déchirure à lambeau à 1 heure.

O.G. : V. : 1/4.

P.O.G. : 25 mm de Hg.

Intervention O.D. le 8.4.61 :

Diathermie de 10 à 2 heures. Déchirure très postérieure.

Suites opératoires : persistance de liquide nasal, puis hémorragie massive du vitré au onzième jour.

Revue le 22.7.63 : V.O.G. : $\varnothing$. D.R. : total.

V.O.G. : 3/10. C.V. : amputation nasale. P.O.G. : 20 avec pilocarpine. F.O. : excavation profonde.

OBSERVATION N° 11

CHE... Aristide, 51 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 11.3.54 pour décollement de rétine de l'O.D.

Antécédents personnels :

Suivi depuis 6 ans pour cataracte et glaucome chronique traité par la Pilocarpine.

Histoire de la maladie :

Depuis 8 jours, le malade présente des phosphènes de l'O.D. et brutalement il accuse une perte de son C.V. inférieur.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : $\varnothing$. Bonnes P.L.

L.A.F. : Cataracte nucléaire.

P.O.D. : 35 mm de Hg.

F.O. : Décollement en dôme supérieur, glissant du côté temporal, avec déchirures à 9 et 1 heure.

O.G. : V. : 1/8 avec —I.

L.A.F. : Cataracte nucléaire.

F.O. : Normal.

P.O.G. : 40 mm de Hg.

Première intervention O.D. le 15.3.54 :

Résection sclérale de 8 à 11 heures avec perforantes de 8 à 2 heures en arrière de la résection.

Suites opératoires marquées par la persistance d'un soulèvement nasal.

Deuxième intervention O.D. le 16.4.54 :

Résection sclérale de 2 à 6 heures.

Suites : échec, persistance du D.R. nasal. P.O.D. : 18 m mde Hg.

Nouveau séjour le 25.10.54. Le malade présente une P.O.G. à 40 mm de Hg, malgré le traitement médical. Un Lagrange avec iridectomie totale est pratiqué le 29/10 sans incident ; les suites opératoires furent simples. Le malade est ensuite hospitalisé pour extraction de sa cataracte à gauche le 21.1.55 : le cristallin est subluxé et dès l'incision s'écoule un vitré fluide. L'extraction est réalisée à l'anse de Snellen. Une réintervention est nécessaire 8 jours après : ablation de la capsule au prix d'une petite issue de vitré.

Nouveau séjour le 5.3.55 : le malade présente depuis 3 semaines des mouches volantes de son O.G. et un voile inférieur est apparu depuis 5 jours.

A l'examen :

V.O.G. : 1/6 avec correction.

F.O. : Décollement supérieur et temporal avec zone suspecte à 2 heures sans véritable déchirure.

Intervention O.G. le 14.3.55 :

Résection sclérale de 11 à 6 heures. Barrage postérieur.

Suites opératoires simples : le malade quitte le Service le 12.4.55 avec V.O.G. : 1/25. La rétine est réappliquée.

OBSERVATION N° 12

PEL... Lucie, 45 ans.

Malade hospitalisée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon pour glaucome chronique O.D.G. le 15.6.49.

Histoire de la maladie :

Glaucome chronique découvert en 1947 à l'occasion d'une baisse visuelle de l'O.G. et mal équilibré par la Pilocarpine.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 2/3 avec (150° —1) —3.

S.A. : Aspect de **glaucome pigmentaire** avec C.A. profonde, fuseau de Krukenberg, transillumination irienne positive.

Gonioscopie : canal de Schlemm « négroïde ».

F.O. : Début d'excavation de la papille.

P.O.D. : 22 mm de Hg avec Pilocarpine.

O.G. : V. : 1/2 avec (35° —2) —7.

Aspect identique du S.A.

F.O. : Excavation glaucomateuse profonde.

P.O.G. : 17 mm de Hg.

C.V. : Légère encoche nasale inférieure.

Intervention O.G. le 17.6.49 :

Lagrange. Suites opératoires simples.

Nouveau séjour le 15.9.59 pour décollement de rétine de l'O.D. La malade présente depuis 15 jours un voile temporal de l'O.D.

Examen :

O.D. : V. : 2/10 A.C.

L.A.F. : Tyndall de l'humeur aqueuse.

P.O.L. : 32 mm de Hg.

F.O. : Décollement supérieur et temporal avec déchirure à lambeau, postérieure à 11 heures.

O.G. : V. : 5/10 A.C.

P.O.G. : 32 mm de Hg.

Première intervention O.D. le 23.9.59 :

Repérage de la déchirure. Résection sclérale de 9 à 11 heures. Ouverture accidentelle à 9 heures qui donne issue à une grande quantité de liquide. Vitré lyophilisé introduit par ponction à 3 heures.

Suites opératoires : persistance d'un soulèvement temporal inférieur.

Deuxième intervention O.D. le 7.10.59 :

Diathermie temporale inférieure et ponction à 8 heures. Vitré lyophilisé 2 cc.

Suites opératoires simples : réapplication de la rétine.

Nouveau séjour le 6.2.60. A l'entrée V.O.D. : doigts à 30 cm, l'O.D. est le siège d'une buée épithéliale, sa pression est de 72 mm de Hg.

V.O.G. : 1/20. P.O.G. : 26 mm de Hg.

Le traitement Pilocarpine + Diamox amène la pression à 46 mm O.D. et 20 mm O.G.

Intervention O.D. le 26.2.60 :

Angiodiathermie nasale. Cyclodialyse temporale inférieure. Hémorragie. Air dans la C.A.

Suites simples le 8.3.60 : P.O.D. : 15 mm de Hg, gonioscopie : fente de cyclodialyse bien ouverte. P.O.G. : 36 mm de Hg.

Le 5.4.60, la malade est de nouveau hospitalisée pour intervention à gauche.

Intervention O.G. le 8.4.60 :

Angiodiathermie nasale. Cyclodialyse temporale inférieure. Air.

Suites simples.

La malade n'a été revue que 2 ans plus tard. On note :

O.D. : V. : doigts à 2 m.

P.O.D. : 34 mm de Hg.

F.O. : papille excavée et atrophique.

O.G. : V. : doigts à 30 cm.
L.A.F. : cataracte nucléaire.
P.O.G. : 9 mm de Hg.

Un traitement de Pilocarpine 4 % 2 fois par jour, est institué.

OBSERVATION N° 13

GOU... Claude, 58 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 19.11.58 pour décollement de la rétine de l'O.D.

Antécédents personnels :

Glaucome chronique de l'O.G. dépisté en 1942 et traité médicalement par le Diamox et la Pilocarpine.

Myopie faible.

Histoire de la maladie :

Depuis 2 jours, trouble visuel de l'O.D. avec mouches volantes et voile inférieur.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : $\varnothing$. Bonnes P.L.

S.A. : Cataracte nucléaire au début.

F.O. : Décollement en dôme supérieur avec large déchirure à 1 heure.

O.G. : V. : doigts à 50 cm.

S.A. : Buée épithéliale fine. Tyndall : 0.

F.O. : Normal, pas d'excavation papillaire.

P.O.G. : environ 70 mm de Hg.

C.V. : encoche nasale inférieure.

Le malade est mis au Diamox.

Intervention O.D. le 28.11.58 :

Résection sclérale des 2 quadrants supérieurs. Coagulations de la berge postérieure et de la tranche. 2 perforantes qui donnent issue à une quantité abondante de liquide.

Les suites opératoires sont simples : la rétine se réapplique. Le 20.12.58, on note malgré le traitement, P.O.D. : 36 mm de Hg, P.O.G. : 60 mm de Hg. A gauche, la cornée est claire, la chambre antérieure profonde. La gonioscopie montre un angle large ouvert, sans la moindre pigmentation.

Le 22.12.58 : P.O.D. : 10. P.O.G. : 29 avec Diamox. Le malade sort.

Nouveau séjour pour récidence du décollement le 30.1.59.

Intervention O.D. le 5.2.59 :

Coagulations autour des insertions du Grand Oblique. 2 perforantes.

Intervention O.D. le 15.2.59 :

Photocoagulation portée à la limite postérieure de la diathermie et sur le pourtour de l'orifice qui est béant.

Suites simples. Rétine réappliquée. P.O.D. : 12. P.O.G. : 25 avec 3 Diamox.

Nouveau séjour le 2.5.59. Entre pour hypertension O.G.

Intervention O.G. le 4.5.59 :

Iridencleisis. Suites simples, mais le tonus oculaire remonte à 48 le 4.5.59, la filtration ne se fait pas, et à la gonioscopie, l'iridencleisis semble un peu antérieur. P.O.G. : 16 avec Diamox.

Intervention O.G. le 28.5.59 :

Eliott à 10 heures. Suites simples. P.O.D. : 24. P.O.G. : 23. Sort le 20.6.59.

Le malade est ensuite revu à plusieurs reprises au cours de l'année 1959 : le tonus de l'O.G. reste élevé (entre 25 et 30 mm de Hg) et nécessite un traitement au Diamox.

Nouveau séjour le 20.2.60. Entre pour cyclodialyse O.G.

O.D. : V. : Doigts à 50 cm.

P.O.D. : 18 mm de Hg.

O.G. : V. : 2/10 avec (0° —0,50) —3,50).

P.O.G. : 30 mm de Hg.

Intervention O.G. le 26.2.60 :

Cyclodiathermie de 5 à 11 heures. Cyclodialyse à 4 heures 30.

Suites simples. Fente de cyclodialyse bien ouverte à la gonioscopie. P.O.G. : 5. Le malade a depuis été revu plusieurs fois, il va bien. Le 1.7.61, P.O.G. : 10 sans traitement.

OBSERVATION N° 14

MOU... Marcel, 31 ans.

Malade hospitalisé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon, le 8.1.58 pour glaucome.

Antécédents personnels :

Myopie forte.

Décollement de rétine de l'O.D. ancien non opéré.

A l'entrée dans le service :

O.D. : V. : 0.

L.A.F. : séclusion sur cataracte dystrophique. Glaucome absolu.

O.G. : V. : 7/10 avec —14.

L.A.F. : Cornée claire, C.A. profonde.

Gonioscopie : angle très large avec canal de Schlemm pigmenté.

F.O. : Papille normale.

P.O.G. : 33 mm de Hg sans traitement.

P.O.G. : 14 mm de Hg avec pilocarpine.

C.V. : normal.

Intervention O.D. le 17.1.58 :

Angiocyclodiathermie.

Sort le 6.2.58 avec pilocarpine 3 % 4 fois dans l'O.G.

Nouveau séjour le 13.3.58. Depuis 10 jours, le malade présente un trouble visuel de l'O.G. A l'examen, il existe un décollement temporal surtout supérieur avec 3 larges déchirures temporales supérieures très postérieures.

Intervention O.G. le 13.3.58 :

Résection sclérale de 12 à 3 heures aussi en arrière que possible. Coagulations de tous les orifices. Ponction au couteau donnant un écoulement moyen. 1 cc d'air. Suites opératoires marquées par la persistance du soulèvement.

Intervention O.G. le 23.6.58 :

Nouvelles coagulations des orifices supérieurs. Résection sclérale de 3 à 6 heures. Evacuation à 6 heures d'une énorme quantité de liquide. Tonus remontré au maximum par 2 cc d'air.

Quitte le service avec persistance d'un soulèvement inférieur.

Nouveau séjour le 20.2.59. Il persiste un gros soulèvement inférieur avec déchirures à 6 et 4 heures.

Intervention O.G. le 23.2.59 :

Coagulations supplémentaires de 3 à 9 heures. Une perforante à 6 heures. 1,5 cc d'air.

Echec. Persistance du soulèvement.

OBSERVATION N° 15

MER... Marthe, 60 ans.

Malade hospitalisée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 9.12.59 pour décollement de rétine.

Antécédents personnels :

Myopie : — 9,50 O.D. — 12 O.G.

Glaucome chronique simple découvert en 1954 et traité par la pilocarpine qui maintient le tonus à 25 mm de Hg.

Histoire de la maladie :

Depuis 15 jours, la malade présente un trouble visuel de l'O.G. : existence d'une tache noire dans le champ visuel nasal.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 3/10 avec — 9,50.

S.A. : Chambre antérieure profonde.

P.O.D. : 24 mm de Hg avec Pilocarpine.

F.O. : excavation glaucomateuse de la papille.

O.G. : V. : $\varnothing$. Mauvaises P.L.

S.A. : Léger Tyndall.

F.O. : Décollement diffus, total saillant. Pas de déchirures visibles.

P.O.G. : 25 mm de Hg.

Intervention O.G. le 14.12.59 :

Ponction à 1 heure sous le Grand Oblique. Résection sclérale de 3 à 5 heures 30. Coagulations de tout le secteur temporal en avant de l'équateur. Le décollement a été pratiquement réappliqué par la ponction. Le globe est très dur en fin d'intervention.

Les suites opératoires ont été marquées par la persistance d'un soulèvement nasal. La malade a refusé la réintervention.

OBSERVATION N° 16

SVE... Esther, 69 ans.

Malade hospitalisée le 25.11.60 à la Clinique Ophtalmologique de Lyon, pour décollement de rétine de l'O.G.

Antécédents personnels :

Glaucome chronique simple O.D.G. traité depuis 1 an par la Pilocarpine 3 % 4 fois par jour.

Histoire de la maladie :

Trouble visuel de l'O.G. depuis 4 jours avec voile nasal sans phosphènes.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 10/10 + 1,50.

L.A.F. : S.A. normal.

F.O. : Excavation glaucomateuse de la papille.

P.O.D. : 26 mm de Hg.

O.G. : V. : $\varnothing$. Mauvaises P.L. temporales.

F.O. : Décollement temporal de la rétine avec déchirure en fer à cheval à 1 heure. Excavation glaucomateuse de la papille.

P.O.G. : 16 mm de Hg.

Intervention O.G. le 2.12.60 :

Repérage difficile de la déchirure. Ponction en arrière: Coagulation de la déchirure. Contrôle en fin d'intervention : il existe déjà une étoile de plis rétinien fixes.

Suites opératoires : il persiste un décollement temporal important avec 2 trous à 1 heure et 1 heure 30 qui pourraient avoir été provoqués par les perforantes. La malade, le 24.12.60 fait une occlusion intestinale aiguë qui nécessite son transfert dans un service de chirurgie générale. Elle n'a pas été revue par la suite du point de vue oculaire.

OBSERVATION N° 17

QUI... Joseph, 57 ans.

Malade adressé le 15.6.58 à la Clinique Ophtalmologique de Lyon pour décollement de rétine de l'O.D.

Antécédents personnels :

Le malade aurait été traité pour glaucome chronique, mais aucune précision concernant le début et le traitement de l'affection ne peut être obtenue.

Cataracte O.D. opérée en octobre 56 (extraction totale).

Histoire de la maladie :

Depuis un mois, le malade accuse un scotome temporal inférieur de l'O.D.

A l'entrée dans le service, on note :

O.D. : V. : 1/10 avec sa correction d'aphaque.

F.O. : Décollement inférieur avec déchirure à lambeau à 3 heures.

Tonus oculaire normal.

O.G. : V. : 1/20.

Cataracte corticonucléaire épaisse, empêchant de voir le F.O.

P.O.G. : 22 mm de Hg.

Intervention O.D. le 23.6.58 :

Découverte des deux quadrants inférieurs. Résection sclérale de 3 à 9 heures. Issue abondante de liquide.

Suites opératoires très simples. La réapplication rétinienne est obtenue.

Le malade a ensuite été revu à plusieurs reprises. A droite, la guérison du décollement se maintient, l'acuité visuelle est de 5/10 avec correction, la pression oculaire qui atteignait 35 mm de Hg sans traitement est de 25 mm de Hg avec Pilocarpine 3 % 3 fois. A gauche, la cataracte a été extraite en novembre 1958, l'hypertonie résistant au traitement médical a nécessité en novembre 1959 une angiocyclusiathermie. Le 8.12.60, le tonus de l'œil gauche, malgré la Pilocarpine à 3 % instillée 3 fois par jour, reste à 28 mm de Hg.

OBSERVATION N° 18

RUH... René, 52 ans.

Malade du Professeur Paufigue, hospitalisé le 16.5.57 pour glaucome de l'O.G.

Antécédents personnels :

Myopie forte.

Glaucome chronique simple découvert en 1950, traité médicalement jusqu'en 1952, puis ayant nécessité un iridencleisis à droite.

Décollement de rétine de l'O.G., opéré aux Quinze-Vingts en Janvier 1952, suivi d'une récédive le mois suivant, non opérée.

Histoire de la maladie :

Malgré l'iridencleisis, il persiste une hypertonie à droite, mal équilibrée par le traitement médical.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 1/10 avec —8 (—1,50 à 155°).

L'iridencleisis ne filtre pas.

Gonioscopie : angle large, pigmenté, sans goniosynéchies.

F.O. : Excavation glaucomateuse de la papille avec atrophie.

P.O.D. : 17 mm de Hg avec 4 demi-comprimés de Diamox et Pilocarpine 4 fois par jour.

O.G. : V. : 0. Mauvaises P.L.

Secclulsion sur cataracte dystrophique.

P.O.G. : 2 mm de Hg.

Le champ visuel de l'O.D. montre l'existence d'un scotome arciforme.

Intervention O.D. le 31.5.57 :

Cyclodialyse de 7 à 10 heures avec injection d'air. Pas d'hémorragie.

Les suites opératoires ont été très simples. Le malade a été revu le 21.9.57 : l'acuité visuelle est de 1/10, la fente de cyclodialyse est bien ouverte à la gonioscopie, la pression oculaire est de 3 mm de Hg, le champ visuel est identique.

2°) Les glaucomes traités chirurgicalement :

OBSERVATION N° 19

LAI... Chemab.

Malade hospitalisé le 10.9.60 à la Clinique Ophtalmologique de Lyon pour décollement de rétine de l'O.D.

Antécédents personnels :

Myopie forte.

Glaucome chronique simple ayant nécessité un Eliott à droite début Février 1960 et un Eliott à gauche fin Février 1960.

A l'entrée dans le Service :

On ne possède aucun renseignement sur l'histoire clinique du décollement de rétine.

O.D. : V. : 0. Mauvaises P.L. temporales.

Cataracte nucléaire.

F.O. : Décollement temporal et inférieur avec large déchirure à 11 heures.

P.O.D. : 22 mm de Hg.

O.G. : V. : 4/10 avec — 8 (75° — 1).

P.O.G. : 7 mm de H.G.

Le F.O. montre l'existence d'une large déchirure en fer à cheval sur le méridien de 3 heures, dont le bord est légèrement soulevé.

Intervention O.G. le 13.9.60 :

Repérage de la déchirure et coagulations en 2 à 3 rangées. Ponction évacuatrice : il y a beaucoup plus de liquide qu'on ne le croyait.

Intervention O.D. le 23.9.60 :

Résection sclérale de 11 à 8 heures avec évacuation du liquide. Injection d'air, puis deux à trois rangées de boules diathermiques de 4 à 11 heures.

Suites opératoires : le malade quitte le service le 13.10.60. A gauche, la rétine est bien réappliquée. A droite, le F.O. est mal visible, du fait de la cataracte ; il semble persister un décollement inférieur. Pressions oculaires non prises.

OBSERVATION N° 20

FRE... Benoîte, 72 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon, le 3.10.50 pour glaucome chronique.

Histoire de la maladie :

Glaucome chronique simple bilatéral, découvert en Janvier 1950.

A l'entrée dans le service :

O.D. : V. : 1/4.

Chambre antérieure peu profonde.

P.O.D. : 27 mm de Hg.

F.O. : Atrophie et excavation glaucomateuse de la papille.

O.G. : V. : 2/3 avec — 0,50.

Chambre antérieure étroite.

P.O.G. : 45 mm de Hg.

P.O. : excavation glaucomateuse.

Intervention O.G. le 6.10.50 :

Iridosclérectomie de Lagrange.

Les suites opératoires sont très simples. P.O.G. : 13 mm de Hg le 7.12.50.

Nouveau séjour le 18.1.51 : la malade entre pour intervention O.D.

Intervention O.D. le 26.1.51 :

Iridencleisis.

Les suites opératoires sont très simples : le tonus est normalisé.

Nouveau séjour le 22.10.52. La malade présente maintenant une cataracte nucléaire plus évoluée à droite. L'acuité visuelle est de 1/30 à droite, et de 1/4 à gauche. La pression oculaire est de 15 mm de Hg des deux côtés.

Intervention O.D. le 27.10.52 :

Extraction totale du cristallin sans incident.

Suites opératoires simples : l'acuité de l'O.D. est de 5/10 avec correction.

Nouveau séjour le 3.6.54. Depuis 13 jours, la malade présente un voile noir supérieur de l'O.D. Cet œil est le siège d'un décollement temporal étendu sans déchirure visible.

Intervention O.D. le 11.6.54 :

Résection sclérale de 5 à 11 heures. Perforantes en arrière.

Suites simples : rétine réappliquée. V.O.D. : 1/3 avec + 13 le 19.8.54.

OBSERVATION N° 21

MON... Jean, 48 ans.

Antécédents familiaux :

Hérédité diabétique et glaucomateuse.

Antécédents personnels :

Myopie de 5 dioptries.

Glaucome pigmentaire bilatéral ayant nécessité une intervention de Lagrange à gauche en mars 1958.

Décollement rétinien de l'O.G. trois semaines après le Lagrange, opéré à deux reprises.

Examen à l'entrée :

O.D. : 10/10 avec — 5.

L.A.F. : Myosis pilocarpinique. Existence d'un fuseau de Krukenberg.

P.O.D. : 22 mm de Hg.

O.G. : V. : Q. Bonnes P.L.

L.A.F. : Lagrange avec iridectomie périphérique. Fuseau de Krukenberg.

F.O. : Décollement inférieur persistant.

P.O.G. : 22 mm de Hg.

La gonioscopie montre des deux côtés un angle typique de glaucome pigmentaire. Un traitement de Pilocarpine 1 % 3 fois par jour est institué.

OBSERVATION N° 22

KAP... Jacques, 42 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 24.1.60 pour décollement de rétine de l'O.G.

Antécédents personnels :

Glaucome chronique simple découvert en Mars 59, ayant nécessité à gauche une intervention de Lagrange le 4.11.59.

Histoire de la maladie :

Découverte d'un décollement inférieur trois semaines après l'intervention de Lagrange.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 8/10.

Le segment antérieur et le fond d'œil sont normaux.

P.O.D. : 14 mm de Hg sans traitement.

O.G. : V. : Q. P.L. médiocres.

L.A.F. : Fistule de Lagrange plate.

F.O. : Décollement rétinien inférieur avec déchirure à 6 heures.

Excavation glaucomateuse de la papille. Trouble du vitré important.

P.O.G. : 34 mm de Hg sans traitement.

La gonioscopie montre à droite un angle ouvert, normal sans pigment. A gauche, la sclérectomie est bien en place ; le sinus inférieur est ouvert.

Intervention O.G. le 3.2.60 :

Diathermie très antérieure ciliaire de 3 à 8 heures, puis deux rangs plus postérieurs. Ponction donnant issue à un demi-cc de liquide sous-rétinien. En fin d'intervention, le liquide semble avoir totalement disparu.

Les suites opératoires ont été marquées par une importante réaction exsudative chorioretinienne, puis la rétine s'est réappliquée. La pression de l'O.G. est normalisée sans traitement.

Le malade a été revu deux ans après, le 27.4.62 : l'acuité de l'O.G. était de 1/20, la rétine était à plat, la pression oculaire état de 15 mm de H.G.

OBSERVATION N° 23

RIN... Emile, 65 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 20.6.50 pour glaucome chronique bilatéral.

Antécédents personnels :

Iritis de l'O.G. en 1920 guérie sans séquelles.

Terrain vasculaire : coronarite, bloc de branche.

Histoire de la maladie :

Baisse visuelle depuis 5 ans d'abord à droite, puis à gauche.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 1/20.

Cataracte nucléaire empêchant de voir le F.O.

P.O.D. : 36 mm de Hg.

O.G. : V. : 2/3 avec — 1,50.

F.O. : Atrophie et excavation glaucomateuse de la papille. Existence de signes vasculaires : artères grêles cuivrées.

P.O.G. : 39 mm de Hg.

Le champ visuel montre une encoche nasale bilatérale.

Intervention O.D. le 23.6.50 :

Extraction de cataracte avec iridectomie totale et résection d'un bec scléral en fin d'intervention.

Suites opératoires simples.

Intervention O.G. le 3.7.50 :

Lagrange avec iridectomie totale.

Suites opératoires simples : le malade est revu en Août 1950, les deux fistules fonctionnent bien, le tonus est normal, l'acuité visuelle de l'O.D. est de 1/6 après correction.

Le 24.1.1952, le malade est revu avec un décollement rétinien total de l'O.D. datant de un mois qui n'est pas opéré étant donné l'état général du malade et le mauvais pronostic local.

En novembre 1952, on note l'apparition d'une dégénérescence maculaire de l'œil gauche.

OBSERVATION N° 24

PIE... Paul, 34 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 22.6.48 pour décollement de rétine de l'O.D.

Antécédents personnels :

Glaucome chronique simple bilatéral découvert en Décembre 1946. En

Février 1947 : le malade a eu à droite une extraction de cataracte avec iridectomie totale, à gauche un Lagrange avec iridectomie totale. La persistance de l'hypertonie à droite malgré le traitement médical a imposé une cyclodialyse de l'O.D. en octobre 1947.

A l'entrée dans le service :

O.D. : V. : $\varnothing$.

P.O.D. : 25 mm de Hg.

F.O. : Il existe un décollement temporal inférieur assez limité avec petites déchirures à 5 et 7 heures.

O.G. : V. : 2/10.

L.A.F. : Lagrange.

P.O.G. : 35 mm de Hg.

Intervention O.D. le 25.6.48 :

Coagulations larges de 4 à 8 heures.

Suites opératoires : persistance d'un orifice à 7 heures en dehors des coagulations.

Intervention O.D. le 9.7.48 :

Coagulations uniquement avec des perforantes à 7 heures, le plus en arrière possible.

Suites opératoires : récidence au bout de trois semaines de 7 à 10 heures.

Intervention O.D. le 6.8.48 :

Coagulations à la boule, puis perforantes au niveau d'une série de trous de 8 à 10 heures.

Suites simples : rétine réappliquée. Mais la pression oculaire reste à 40 mm de Hg malgré la Pilocarpine. Une cyclodialyse est pratiquée en Février 1950.

Nouveau séjour le 24.11.50 : entre pour cataracte O.G. :

O.D. : V. : 1/6 avec sa correction d'aphaque.

P.O.D. : 30 mm de Hg.

F.O. : rétine à plat. Atrophie optique avec excavation.

O.G. : V. : $\varnothing$. Excellentes P.L.

P.O.G. : 35 mm de Hg.

Cataracte nucléaire et en soucoupe postérieure. Iridectomie totale.

F.O. : non visible.

Intervention O.G. le 27.11.50 :

Dès l'incision cornéenne il s'écoule un vitré très fluide. La zonule est très résistante : rupture capsulaire, mais l'extraction semble totale.

Suites opératoires : apparition d'une désunion de la cicatrice avec hernie de l'iris.

Intervention O.G. le 4.12.50 :

Résection de la hernie de l'iris. Un fil de suture sclérocornéen.

Suites : le 19.12.50 on découvre l'existence d'un décollement de rétine total de l'O.G. Abstention opératoire.

Nouveau séjour le 15.1.53. Le malade présente depuis trois semaines un trouble visuel de l'O.D., en relation avec un décollement nasal supérieur sans déchirure visible. Ce décollement se réapplique au repos et la pression oculaire s'élève à 50 mm de Hg. On laisse le malade se lever et on prescrit de la Pilocarpine 4 fois par jour. Le 28.1.53 la rétine est toujours réappliquée, mais le tonus oculaire reste à 45 mm de Hg.

Intervention O.D. le 30.1.53 :

Coagulations sur un rang au niveau de la région ciliaire et sur un rang en quince dans la région rétrociliaire sur le méridien de 2 heures.

Suites simples : le malade quitte le service le 17.2.53 : la rétine est à plat, la pression de l'O.D. est de 25 mm de Hg.

OBSERVATION N° 25

GUI., Salvador, 36 ans.

Malade adressé dans le Service d'Ophthalmologie de l'Hôpital de l'Antiquaille pour glaucome chronique bilatéral, le 25.3.46.

Antécédents personnels :

Kératite interstitielle à l'âge de 10 ans.

Histoire de la maladie :

Baisse visuelle bilatérale depuis trois ans.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 1/3 avec — 0,75 (— 2 à 105°).

L.A.F. : Séquelles de kératite interstitielle très discrètes, avec quelques vaisseaux déshabités temporaires supérieurs. Chambre antérieure normale.

P.O.D. : 45 mm de Hg

F.O. : Excavation glaucomateuse de la papille.

O.G. : V. : 1/10.

L.A.F. : Séquelles de kératite interstitielle beaucoup plus importantes avec opacités cornéennes profondes, nombreux vaisseaux déshabités.

P.O.G. : 40 mm de Hg.

F.O. : Excavation glaucomateuse de la papille.

Champ visuel rétréci concentriquement.

Intervention O.D. le 1.4.46 :

Iridosclérectomie de Lagrange.

Intervention O.G. le 15.4.46 :

Iridosclérectomie de Lagrange avec iridectomie totale.

Suites opératoires simples : le tonus est normalisé des deux côtés.

Nouveau séjour le 14.2.64. Le malade présente depuis un mois un brouillard de l'O.G.

A l'examen : O.D. : V. : 4/10. Le Lagrange fonctionne, il existe une petite bulle de filtration, la pression oculaire est de 18 mm de Hg sans traitement.

O.G. : V. : $\varnothing$. Mauvaises P.L.

L.A.F. : Petite bulle de filtration à midi. Iridectomie totale. Cataracte en soucoupe postérieure. Trouble du vitré très important.

F.O. : Décollement total très saillant, avec déchirures multiples très postérieures à midi, 1 heure et de 3 à 5 heures.

P.O.G. : 10 mm de Hg.

Intervention O.G. le 20.2.64 :

Résection sclérale de midi à 5 heures. Ponctions à 2 et 6 heures qui donnent issue à une grande quantité de liquide, l'œil est alors très mou. Injection d'air en fin d'intervention.

Suites opératoires : persistance d'un soulèvement inférieur.

OBSERVATION N° 26

FRA... Délicie, 63 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 29.1.60 pour glaucome chronique bilatéral.

Histoire de la maladie :

Glaucome chronique découvert en 1951 et mal équilibré par le traitement médical. Une intervention de Lagrange est pratiquée en Février 1959, mais l'hypertonie persiste.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 8/10.

Le segment antérieur est normal. La gonioscopie montre un angle ouvert, normal.

P.O.D. : 34 mm de Hg.

F.O. : rejet nasal des vaisseaux sans excavation.

Champ visuel normal.

O.G. : V. : 8/10.

Gonioscopie : le Lagrange est en bonne place à la base du corps ciliaire. L'angle est resté bien ouvert du côté temporal, mais s'est fermé par accollement du côté nasal.

P.O.G. : 34 mm de Hg.

F.O. : normal.

Champ visuel normal.

Intervention O.G. le 5.2.60 :

Découverte de la sclère rendue difficile par l'intervention précédente. Iridencleisis sur le méridien de 11 heures.

Intervention O.D. le 15.2.60 :

Suites opératoires simples, mais en mai 60 la pression remonte des deux côtés. Elle est à peu près équilibrée par l'instillation de D.F.P. 1.10.000^e et de Pilocarpine 2 % 2 fois par jour.

Nouveau séjour le 16.5.63. Depuis 48 heures, la malade présente une baisse visuelle brutale de l'O.D. On note :

— à droite V. : Mauvaises P.L. P.O.D. : 11 mm de Hg. Il existe un décollement temporal avec déchirure à lambeau à 10 heures.

— à gauche V. : 3/10. P.O.G. : 18 mm de Hg. Cataracte nucléaire au début.

Intervention O.D. le 20.5.63 :

Volet scléral temporal supérieur. Ponction à 9 heures.

Suites simples : rétine à plat. P.O.D.G. : 19 mm de Hg.

OBSERVATION N° 27

DUB... Vital, 52 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon, le 29.5.54 pour glaucome chronique bilatéral.

Histoire de la maladie :

Baisse visuelle depuis deux ans surtout à gauche.

Examen à l'entrée :

V.O.D. : 10/10.

V.O.G. : 1/6 à 1/4.

P.O.D.G. : 35 mm de Hg.

F.O. : Excavation glaucomateuse bilatérale avec papille bien colorée.

Le champ visuel montre une encoche nasale bilatérale, plus importante à gauche.

Intervention O.D. le 11.6.54 :

Lagrange avec iridectomie totale.

Intervention O.G. le 18.6.54 :

Lagrange avec iridectomie totale.

Suites opératoires simples.

Reprise de l'hypertonie des deux côtés en 1959. Une cyclodialyse temporelle supérieure est pratiquée, à droite le 17.4.59 et à gauche le 10.4.59.

Nouveau séjour le 24.3.61 : le malade présente depuis quelques jours un brouillard dans le champ nasal de l'O.G. A droite, l'acuité visuelle est toujours de 10/10, la pression est de 21 mm de Hg. A gauche, l'acuité est de 4/10 ; la pression est de 16 mm de Hg. Il existe un décollement temporal inférieur sans déchirure visible.

Intervention O.G. le 24.3.61 :

3 rangées de coagulations de 3 à 8 heures. 4 perforantes sans issue de liquide. Rétine à plat en fin d'intervention.

Suites opératoires : simples : rétine réappliquée.

En Mai 1963, réapparition d'un petit soulèvement entre 5 et 6 heures très limité. V. O.G. : 3/10.

Intervention O.G. le 15.5.63 :

Photocoagulation : barrage entourant la poche.

Suites simples : guérison maintenue en Juin 1963.

OBSERVATION N° 28

CHI..., Robert, 33 ans.

Malade adressé le 7.12.59 à la Clinique Ophtalmologique de Lyon pour glaucome chronique O.D.G.

Histoire de la maladie :

Baisse visuelle de l'œil droit depuis 5 ans. Découverte d'un glaucome chronique en Novembre 59. Un traitement de Pilocarpine 2 %, 5 fois à droite et 2 fois à gauche est institué.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 9/10 avec — 3,50.

Gonioscopie : angle ouvert un peu étroit.

F.O. : Début d'excavation de la papille.

P.O.D. : 48 mm de Hg.

O.G. : V. : 10/10 avec — 1,75.

Gonioscopie : angle normal.

F.O. : normal.

P.O.G. : 18 mm de Hg.

Le champ visuel montre un début d'encoche nasale supérieure à droite.

Intervention O.D. le 18.12.59 :

Iridencleisis.

Suites opératoires simples.

Nouveau séjour le 2.1.61. Reprise de l'hypertonie à droite.

A l'examen :

V.O.D. : 1/10.

P.O.D. : 40 mm de Hg.

O.G. : V. : 10/10.

P.O.G. : 16 mm de Hg.

Intervention O.D. le 4.1.61 :

Diathermie rétrociliaire de 6 à 11 heures en 2 rangs de boules.

Suites opératoires marquées par une réaction fibrineuse de la chambre antérieure. Œil mou. P.O.D. : 9 mm de Hg. Sort le 14.1.61.

Revu le 10.2.61 :

V.O.D. : $\emptyset$. Bonnes P.L.

Tyndall de l'humeur aqueuse. Synéchies postérieures.

Décollement total très saillant.

V.O.G. : 10/10. P.O.G. : 14 mm de Hg.

Abstention opératoire.

OBSERVATION N° 29

BRI... Francine, 61 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 14.6.62 pour décollement de rétine de l'O.G.

Antécédents personnels :

Décollement de l'O.D. en 1925 opéré à 2 reprises : échec.

Myopie faible.

Histoire de la maladie :

Glaucome chronique de l'œil gauche unique, ayant nécessité le 22.2.62 une intervention d'Eliott. Puis extraction de cataracte le 23.5.62 sans incidents. Dans les suites opératoires, la malade accuse au dixième jour un voile arciforme nasal. On constate alors l'existence d'un soulèvement choroïdien. 48 heures plus tard apparition d'un soulèvement rétinien.

A l'entrée dans le service :

On note : V.O.G. : $\emptyset$. Bonnes P.L.

L.A.F. : Aphaque. Iridectomie totale. Hyaloïde rompue. P.O.G. : 12 mm de Hg.

Décollement temporal étendu avec déchirure à 2 heures.

Intervention O.G. le 2.7.62 :

Poche rapportée en raison de la minceur de la sclère, de 2 à 4 heures. Coagulations. Ponction dans le plancher. Inclusion de sclère.

Suites opératoires : échec, décollement rétractile en parapluie.

B) Décollement rétinien et glaucome découverts en même temps.

OBSERVATION N° 30

MIC... Marie, 73 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 11.9.63 pour décollement de rétine de l'œil gauche.

Histoire de la maladie :

Depuis un mois et demi la maladie présente des phosphènes temporaux et une baisse visuelle.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 6/10 avec — 6,50.

Segment antérieur normal. Gonioscopie normale.

P.O.D. : 20 mm de Hg.

F.O. : dysversion papillaire.

Champ visuel normal.

O.G. : V. : Bonnes P.L.

P.O.G. : 25 mm de Hg.

Gonioscopie : angle normal.

F.O. : décollement total avec une large déchirure en fer à cheval à 3 heures et plusieurs déchirures à l'ambeau de 10 à 12 heures.

Intervention O.G. le 16.9.63 :

Volet scléral centré sur la déchirure temporale. Résection sclérale de 9 à 12 heures : ponction dans la tranche et diathermie. Diathermie dans le plancher du volet. Inclusion de sclère.

Suites opératoires simples : guérison anatomique obtenue. P.O.D. : 21 mm de Hg. P.O.G. : 12 mm de Hg à la sortie de l'hôpital.

OBSERVATION N° 31

PEC... Antoinette, 76 ans.

Malade adressée à l'Hôpital de l'Antiquaille pour décollement de rétine le 9.3.63.

Antécédents familiaux :

Un fils opéré de décollement rétinien.

Histoire de la maladie :

Trouble visuel depuis une quinzaine de jours avec voile noir qui descend devant l'œil droit.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 1/20.

L.A.F. : Cataracte au début. Dilatation pupillaire très mauvaise.

P.O.D. : 16 mm de Hg.

F.O. : Décollement inférieur avec un trou rond à 6 heures et une déchirure en fer à cheval à 7 heures.

O.G. : V. : 3/10.

L.A.F. : Chambre antérieure peu profonde.

P.O.G. : 26 mm de Hg.

F.O. : Lésions de capillarose diffuses.

La gonioscopie montre des deux côtés un angle très étroit en bec de flûte.

Intervention O.D. le 14.3.63 :

Diathermie de 5 à 10 heures. Ponction qui laisse s'écouler une grande quantité de liquide.

Suites opératoires simples : il persiste cependant pendant longtemps un œdème rétinien inférieur.

Le 14.8.63 : V.O.D. : 1/10. Rétine à plat. Dégénérescence maculaire. P.O.D. : 12.

V.O.G. : 1/10. P.A. : 14 de près. Capillarose diffuse avec début de dégénérescence maculaire. P.O.G. : 18 avec Pilocarpine.

OBSERVATION N° 32

LAR... Etienne, 34 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophthalmologique de Lyon le 27.12.60 pour décollement de rétine de l'O.D.

Antécédents familiaux :

Mère myope, un frère et une sœur myopes.

Antécédents personnels :

Myopie forte.

Histoire de la maladie :

Depuis un mois existence d'un voile devant l'œil droit.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 0. Bonnes P.L.

P.O.D. : 37 mm de Hg. Gonioscopie normale.

F.O. : décollement temporal et inférieur avec 2 déchirures à 11 et 12 heures.

O.G. : V. : 5/10 avec — 10.

P.O.G. : 26 mm de Hg. Gonioscopie normale.

Intervention O.D. le 30.12.60 :

Repérage et coagulation des déchirures. Ponction à 9 heures.

Suites opératoires : V.O.D. : 2/10 mais réapparition d'un soulèvement inférieur avec déchirure à 10 heures. P.O.D. : 19.

Intervention O.D. le 27.1.61 :

Diathermie prudente en trois rangs de 9 à 2 heures. Il faut signaler qu'au moment de l'intervention, le décollement s'était entièrement réappliqué et que l'œil était dur.

Suites simples : réapplication parfaite.

Le 11.2.61 : P.O.D. : 14. P.O.G. : 23.

OBSERVATION N° 33

GUT... Adèle, 65 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 29.1.60 pour décollement de rétine.

Histoire de la maladie :

Baisse brutale de l'acuité visuelle de l'œil gauche depuis trois jours.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 9/10 sans correction.

Existence de deux petits décollements plats périphériques, à 7 et 10 heures, vus avec le verre de Goldmann.

O.G. : Divergence ancienne, V. : doigts à 40 cm.

Décollement temporal avec déchirure en fer à cheval à 2 heures.

Intervention O.D. le 1.2.60 :

Après deux jours de repos, la rétine s'est réappliquée complètement. Coagulations pré-équatoriales en trois rangs en damier de 6 à 12 heures sans perforation.

Intervention O.G. le 8.2.60 :

Résection sclérale de 3 à 6 heures. Evacuation du liquide. Coagulation de la déchirure entre 1 et 3 heures. Impression réservée.

Suites opératoires : découverte d'une hypertonie bilatérale le 18.2.60 : P.O.D. : 22. P.O.G. : 42. La malade est mise au Diamox. Le 1.3.60, les rétines sont réappliquées.

Nouveau séjour le 3.5.60 pour décollement total de l'O.G.

Intervention O.G. le 16.5.60 :

Diathermie en trois rangs de 6 à 11 heures. Ponction évacuatrice. Un demi cc d'air.

Suites : échec. Par ailleurs, la pression de l'œil droit est équilibrée avec épinéphrine et pilocarpine.

OBSERVATION N° 34

AMS... Claude, 28 ans.

Malade adressé dans le Service d'Ophtalmologie de l'Hôpital de l'Antiquaille, le 17.1.61 pour décollement de rétine.

Antécédents familiaux :

Un oncle myope fort.

Antécédents personnels :

Myopie forte : porte moins 14 O.D.G.

Histoire de la maladie :

Trouble visuel de l'œil gauche depuis quinze jours à type de brouillards.

O.D. : V. : 5/10.

F.O. : normal.

P.O.D. : 22 mm de Hg.

O.G. : V. : 1/20.

P.O.G. : 25 mm de Hg.

Décollement nasal, sans déchirure visible.

Réapplication au repos presque totale : il persiste un petit soulèvement inférieur.

Intervention O.G. le 26.1.61 :

Résection sclérale de 5 à 10 heures. Coagulations dans la tranche de section. Trois perforantes. Incision de la chambre antérieure à la pique pour décompresser l'œil qui est très dur.

Suites opératoires simples. Rétine réappliquée, mais lésions maculaires. L'acuité est inférieure à 1/10.

OBSERVATION N° 35

FAU... Antoinette, 53 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 30.10.56 pour décollement de rétine de l'O.D.

Antécédents familiaux :

Parents myopes, mais pas de décollement.

Histoire de la maladie :

Depuis 18 jour, phosphènes de l'œil droit, puis apparition d'un voile inférieur.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 7/10 avec — I.

P.O.D. : 26 mm de Hg.

F.O. : il existe une longue déchirure à lambeau à 11 heures.

O.G. : V. : 8/10 avec — I.

P.O.G. : 24 mm de Hg.

Intervention O.D. le 5.11.56 :

Repérage et coagulation diathermique de la déchirure.

Suites opératoires très simples : déchirure bien entourée.

OBSERVATION N° 36

DOU... Pétrus, 71 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon, le 20.1.59 pour décollement de rétine de l'O.D.

Antécédents personnels :

Myopie de 5 dioptries O.D.G.

Histoire de la maladie :

Depuis huit jours, trouble visuel de l'œil droit à type de voile nasal.

Examen à l'entrée :

O.D. : Acuité inférieure à 1/20.

P.O.D. : 17 mm de Hg.

F.O. : décollement total, saillant avec trois déchirures en fer à cheval à 8, 10 et 12 heures.

O.G. : V. : 5/10.

F.O. : excavation glaucomateuse.

Intervention O.D. le 27.1.59 :

Repérage de la déchirure inférieure facile, des deux autres très difficile. Diathermie. Ponction à 6 heures 30. Bonne réapplication en périphérie, mais nombreux plis au niveau du pôle postérieur. Injection d'air intravitréen. Suites opératoires marquées par la persistance du soulèvement.

Intervention O.D. le 18.2.59 :

Deux perforantes à 7 et 8 heures. Injection de vitré lyophilisé à 1 heure. Coagulations diathermiques de 6 à 12 heures en insistant autour des insertions des obliques.

Suites opératoires : échec.

Le malade a été revu en avril 59. On note V.O.G. : 5/10. P.O.G. : 30 mm de Hg. Le champ visuel est normal. Un traitement de Pilocarpine à 2 % 4 fois par jour est institué : il normalise la pression. P.O.G. : 20 le 30.6.59.

OBSERVATION N° 37

DUM... Marcel, 63 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 17.6.61 pour décollement de rétine de l'œil droit.

Histoire de la maladie :

Le malade présente depuis 10 jours des mouches volantes et des phosphènes dans le champ visuel inférieur de l'O.D. Par ailleurs, il accuse une baisse visuelle de l'œil gauche depuis 6 mois.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 1/30.

P.O.D. : 17 mm de Hg.

Décollement en dôme supérieur avec deux déchirures en fer à cheval à 10 et 11 heures.

O.G. : V. : 2/10.

P.O.G. : 30 mm de Hg.

F.O. : Papille pâle, non excavée.

Intervention O.D. le 26.6.61 :

Repérage des deux déchirures. Résection sclérale de 11 à 12 heures. Ponction. Serrage de la résection qui donne un petit pli régulier. Coagulations de 11 à 1 heure en avant et en arrière de la résection.

Suites opératoires simples : rétine réappliquée. V.O.D. : 8/10 avec + 1.

OBSERVATION N° 38

GAR... Raymond, 43 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon, le 8.7.53 pour récurrence de décollement de rétine de l'œil gauche.

Antécédents personnels :

Myopie forte, porte moins 18 O.D.G.

Décollement de rétine de l'œil gauche en août 52, opéré au Caire en Décembre 52 (diathermie). Persistance du soulèvement.

A l'entrée dans le service :

O.D. : V. : 5/10 avec correction.

P. : 42 mm de Hg.

F.O. : Excavation glaucomateuse de la papille.

Le champ visuel montre un début de rétrécissement nasal.

O.G. : V. : 1/20.

P. : 20 mm de Hg.

F.O. : Décollement inférieur remontant jusqu'au pôle postérieur.

Marques de diathermie de 4 à 8 heures, pas de déchirure visible. Le malade refuse la réintervention.

Nouveau séjour le 16.5.63. A droite, un iridencleisis a été pratiqué en 1956 ; il existe maintenant une cataracte nucléaire épaisse avec iridophakodonsis, la pression est de 22 mm de Hg.

A gauche, l'acuité est réduite à de mauvaises projections lumineuses. Il existe une cataracte blanche subluxée, la pression est de 33 mm de Hg.

Intervention O.D. le 20.9.63 :

Perfusion pré-opératoire d'urée. Extraction totale de la cataracte sans incidents.

Suites opératoires simples : V.O.D. : 3/10 avec + 6. P.O.D. : 16 mm de Hg.

OBSERVATION N° 39

MAN... Georges, 78 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique le 11.2.54 pour glaucome.

Histoire de la maladie :

Baisse visuelle bilatérale surtout à droite depuis une dizaine d'années.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : $\varnothing$. Mauvaises P.L.

Cataracte d'aspect dystrophique.

F.O. : Décollement rétinien surtout saillant en bas.

P.O.D. : 28 mm de Hg.

O.G. : V. : 1/6.

Cataracte nucléaire.

F.O. : atrophie et excavation glaucomateuse de la papille.

P.O.G. : 55 mm de Hg.

Intervention O.G. le 15.2.54 :

Iridosclérectomie de Lagrange.

Suites opératoires marquées par une ascension pupillaire et une hernie de l'iris dans la sclérectomie.

Intervention O.G. le 18.2.54 :

Iridectomie totale.

Suites : décollement choroïdien au 7^e jour. P.O.G. : 13 mm de Hg en Avril 54.

Nouveau séjour le 12.6.54.

Intervention O.G. le 14.6.54 :

Extraction totale de la cataracte sans incidents.

Suites simples : V.O.G. : 1/8 avec + 12. Mais la pression oculaire remonte progressivement et atteint 70 mm de Hg le 18.12.54.

Nouveau séjour le 18.11.54.

Intervention O.G. le 19.11.54 :

Cyclodialyse sur le méridien de 5 heures.

Suites opératoires : la pression est de 30 mm de Hg, mais elle est équilibrée par la Pilocarpine à 2 % 3 fois par jour. Le 31.12.54 : V.O.G. : 1/3. P.O.G. : 12.

C) Glaucome découvert après le décollement rétinien.

OBSERVATION N° 40

GUI... Raymond, 28 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon pour glaucome le 21.1.59.

Antécédents familiaux :

Père myope. Mère myope opérée de décollement.

Antécédents personnels :

Myopie.

Décollement de rétine de l'œil gauche, en 1945 opéré à deux reprises : échec.

Décollement de rétine de l'œil droit opéré en 1946 à 2 reprises. Réapplication obtenue.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 2/10 avec — 8 (90° — 2).

P. : 46 mm de Hg.

F.O. : rétine à plat. Papille un peu pâle, non excavée.

Gonioscopie : angle large sans goniosynéchies.

Le malade est mis au traitement médical : 4 comprimés de Diamox et Pilocarpine 2 % le soir, qui ramène le tonus à 19 mm de Hg.

Nouveau séjour le 7.3.59. Persistance de l'hypertonie. La pression est à 34 mm de Hg, malgré le Diamox.

Intervention O.D. le 9.3.59 :

Iridosclérectomie de Lagrange. La chambre antérieure se reforme en fin d'intervention et il semble bien qu'un peu de vitré antérieur très fluide soit passé dans la chambre antérieure.

Suites : la pression oculaire reste élevée.

Intervention O.D. le 17.4.59 :

Eliott à 10 heures 30.

Suites : le tonus est de 39 mm de Hg. A la gonioscopie, l'orifice d'Eliott est bien ouvert, bien en place. Il existe un kyste de filtration. On s'explique mal cette hypertonie.

Intervention O.D. le 4.5.59 :

Angiodiathermie temporale. Cyclodialyse à 8 heures. Air.

Suites simples : la pression est de 14 mm de Hg le 2.6.59. V.O.G. : 1/10.

OBSERVATION N° 41

TIT... Suzanne, 61 ans.

Malade adressée le 23.1.48 à la Clinique Ophtalmologique de Lyon pour décollement de rétine de l'O.G.

Antécédents personnels :

Myopie de moins 10 dioptries.

Œil droit perdu par décollement non opéré.

Histoire de la maladie :

Trouble visuel de l'œil gauche depuis 10 jours. L'acuité de l'O.G. est réduite à la perception des doigts à un mètre. Il existe un décollement inférieur et temporal avec déchirure en fer à cheval à 3 heures.

Intervention O.G. le 30.1.48 :

Coagulations de la déchirure à 3 heures.

Suites simples : rétine réappliquée.

Nouveau séjour en mars 49 pour glaucome chronique de l'œil gauche. La pression oculaire est de 32 mm de Hg.

Intervention O.G. le 11.3.49 :

Irisosclérectomie de Lagrange avec iridectomie totale.

Suites opératoires simples : bonne filtration. V. : Doigts à un mètre.

OBSERVATION N° 42

CHA... Jeanne, 58 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 12.9.61 pour glaucome chronique bilatéral.

Antécédents personnels :

Myopie moyenne.

Décollement de rétine de l'œil gauche opéré en 1954.

Histoire de la maladie :

Baisse visuelle de l'œil droit depuis 6 mois.

Examen à l'entrée :

O.D. : V. : 4/10 avec — 4,50 (95° — 2,50).

P.O.D. : 28 mm de Hg.

Transillumination irienne très positive.

Gonioscopie : angle large très pigmenté.

F.O. : zone d'atrophie rétinienne à 11 heures.

O.G. : V. : Q. Bonnes P.L.

P.O.G. : 29 mm de Hg.

L.A.F. : Cataracte corticonucléaire subluxée.

F.O. : seule la périphérie est visible, la rétine est à plat.

Gonioscopie : aspect identique de glaucome pigmentaire.

Intervention O.D. le 22.9.61 :

Cyclodialyse à 11 heures. Cyclodiathermie de 2 à 8 heures.

Suites opératoires simples.

Nouveau séjour le 21.1.62. Entre pour intervention O.G.

Intervention O.G. le 26.1.62 :

Angiodiathermie temporale. Cyclodialyse à 2 heures avec injection d'air.

Suites opératoires simples : très belle fente de cyclodialyse à la gonioscopie. Le 8.3.62 : P.O.D. : 17 mm de Hg. P.O.G. : 17 mm de Hg.

OBSERVATION N° 43

AND... Pierre, 64 ans.

Malade adressé le 8.12.61 pour glaucome chronique bilatéral.

Antécédents personnels :

Décollement de rétine de l'O.D. opéré en 1959.

A l'entrée dans le service :

O.D. : V. : 1/10.

P.O.D. : 32 sans traitement.

F.O. : Excavation légère de la papille avec rejet nasal des vaisseaux. Marques diathermiques de 6 à 9 heures.

O.G. : V. : 10/10 avec + 1.

P.O.G. : 32 mm de Hg.

F.O. : Excavation glaucomateuse de la papille. Artériosclérose marquée.

Le champ visuel est normal à gauche ; à droite il existe une amputation nasale. La gonioscopie montre des deux côtés un angle ouvert, mais étroit en haut. La pression oculaire est normalisée à droite et à gauche par l'Epi-néphrine.

OBSERVATION N° 44

THE... Lucienne, 60 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 6.11.62 pour cataracte.

Antécédents familiaux :

Mère myope forte, décollements rétiniens bilatéraux.

Antécédents personnels :

Myopie forte : porte moins 18 O.D.G.

Décollement de rétine O.D. opéré avec succès en 1936.

Décollement de rétine O.G. opéré avec succès en 1943.

Histoire actuelle :

La malade présente actuellement une cataracte nucléaire bilatérale, l'acuité est réduite à la perception des doigts à 2 mètres. Le F.O. est visible en périphérie : la rétine est à plat, il existe une choroïdose myopique du pôle postérieur importante.

Intervention O.D. le 12.11.62 :

Extraction de la cataracte facile sans incidents.

Les suites opératoires sont marquées par une hernie de l'iris au 8^e jour à la suite d'un choc sur l'œil.

Intervention O.D. le 20.11.62 :

Résection de la hernie de l'iris. 5 sutures à la soie vierge.

Suites simples.

Nouveau séjour le 11.7.63. La malade revient pour une hypertonie post-aphakie à droite. On découvre alors un glaucome chronique de l'œil gauche. La pression oculaire est de 26 mm de Hg à gauche, sans traitement, la gonioscopie montre un angle large ouvert.

À droite la pression est de 45 mm de Hg, l'angle est fermé par accollement.

Intervention O.D. le 15.7.63 :

Cyclodiathermie nasale de midi à 6 heures. Cyclodialyse à 8 heures. Air. Suites simples.

En décembre 63, la malade a été opérée de sa cataracte de l'œil gauche, sous couvert de Diamox. Les suites opératoires ont été très simples et le tonus est normalisé par la Pilocarpine à 2 % et l'épinéphrine.

OBSERVATION N° 45

BEL... Fatma, 27 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 12.7.60, pour traitement préventif de décollement de rétine.

Antécédents familiaux :

Père myope fort.

Frère myope fort, décollement à 25 ans.

Antécédents personnels :

Myopie forte.

Décollement de rétine de l'œil droit opéré sans succès.

A l'entrée dans le service :

V.O.G. : 5/10 avec — 8.

P.O.G. : 25 mm de Hg.

Gonioscopie normale.

F.O. : Pas d'excavation papillaire. Pas de lésions périphériques évidentes.

A plusieurs reprises, la pression fut trouvée entre 20 et 25 mm de Hg. Il existe donc un glaucome chronique de l'œil gauche, justifiant des instillations de Pilocarpine 3 fois par jour. Par ailleurs, l'absence de signes fonctionnels et l'absence de lésions rétinienues importantes ont fait rejeter l'indication de traitement préventif.

OBSERVATION N° 46

DES... Blanche, 59 ans.

Malade adressée à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 20.4.61 pour glaucome chronique de l'œil droit.

Antécédents familiaux :

Père opéré de décollement rétinien.

Antécédents personnels :

Décollement de rétine de l'œil gauche opéré avec succès en mars 1955.

Histoire de la maladie :

Hypertonie de l'œil droit découverte il y a 2 ans sans signes fonctionnels.

O.D. : V. : 10/10 sans correction.

Segment antérieur normal.

F.O. : pas d'excavation de la papille.

P.O.D. : 25 mm de Hg sous pilocarpine.

La gonioscopie et le champ visuel sont normaux.

O.G. : V. : 5/10 sans correction.

Pression oculaire normale.

Un traitement de Pilocarpine est prescrit.

OBSERVATION N° 47

GAR... Léonie, 62 ans.

Malade hospitalisée le 27.9.49 à la Clinique Ophtalmologique de Lyon pour décollement rétinien de l'œil droit, datant de plusieurs mois.

A l'entrée dans le service :

O.D. : V. : $\varnothing$.

P. : 16 mm de Hg.

Décollement total de l'œil droit avec large déchirure à 7 heures.

O.G. : V. : 1/3 avec — 0,50.

P. : 18 mm de Hg.

F.O. : normal.

Intervention O.D. le 30.9.49 :

Repérage et coagulation de la déchirure. Ponction donnant une issue abondante de liquide.

Suites opératoires marquées par la réapparition du soulèvement. Une deuxième diathermie est pratiquée le 26.10.49 sans succès.

En novembre 1950, découverte d'un glaucome chronique de l'œil gauche : la pression est de 28 mm de Hg et est normalisée par la Pilocarpine.

OBSERVATION N° 48

MAD... Zoehleik, 43 ans.

Malade adressé pour récurrence de décollement de rétine de l'œil gauche.

Antécédents personnels :

Myopie faible : moins deux dioptries.

Décollement de l'O.D. en 53 non opéré.

Décollement de l'O.G. opéré en 52 avec succès.

Histoire de la maladie :

En décembre 62, baisse visuelle brutale de l'œil gauche à la suite d'un traumatisme.

Examen à l'entrée le 4.1.63 :

O.G. : V. : $\varnothing$. Bonnes P.L.

Discret Tyndall.

P.O.G. : 31 mm de Hg.

F.O. : Cicatrices de diathermie de 11 à 3 heures. Décollement temporal inférieur avec 2 déchirures à 4 et 5 heures. Rejet nasal des vaisseaux.

Intervention O.G. le 24.1.63 :

Volet scléral de 2 à 5 heures. Diathermie. Inclusion de sclère.

Suites opératoires très simples : rétine réappliquée.

OBSERVATION N° 49

MOR... Antoine, 63 ans.

Malade adressé à la Clinique Ophtalmologique de Lyon le 6.1.61 pour glaucome chronique de l'œil gauche.

Antécédents personnels :

Décollement de l'O.D. opéré en 43 sans succès.
Myopie forte.

Histoire de la maladie :

Glaucome chronique de l'O.G. découvert en août 1960 et traité médicalement. Baisse visuelle progressive. Phosphènes.

O.G. : V. : Doigts à 30 cm avec — 9,50.

Cataracte peu évoluée.

P. : 30 mm de Hg.

F.O. : Excavation glaucomateuse. Tache de Fuchs. Lésions périphériques supérieures discrètes sans déchirures.

Gonioscopie : angle large.

Intervention O.G. le 9.1.61 :

Iridosclérectomie de Lagrange sans incidents.

Intervention O.G. le 25.1.61 :

Traitement préventif de décollement de rétine par galvanocautérisation.

Suites opératoires très simples. Le malade quitte le Service le 7.2.61 : la pression est de 14 mm de Hg. Il existe une bulle de filtration polykystique.

OBSERVATION N° 50

PAY... Albert, 41 ans.

Malade adressé le 5.4.56 pour décollement de rétine de l'œil droit.

Antécédents personnels :

Myopie forte : moins douze dioptries.

O.G. : Décollement de rétine réappliqué après 4 interventions successives.

Histoire actuelle :

Trouble visuel de l'œil droit depuis un mois à la suite d'un accident de voiture.

O.D. : V. : 0.

Vitré très trouble. Décollement de rétine pratiquement total avec large déchirure à 11 heures, signes de traction vitréenne, clapet attiré en avant.

O.G. : V. : 1/10 avec — 12.

Rétine à plat. Coagulations circulaires.

Intervention O.D. le 10.4.56 :

Résection sclérale de 9 heures 30 à midi. Coagulations très postérieures. Ponction qui donne issue à une très grande quantité de liquide. Injection d'air.

Suites opératoires : échec, décollement total.

Le malade est revu en Septembre 1963 : il présente une pression oculaire de 25 mm de Hg à gauche bien équilibré par l'Epinéphrine.

II. — GLAUCOME A ANGLE FERME ET DÉCOLLEMENT DE RÉTINE ASSOCIÉS

OBSERVATION N° 51

ARN... Roger, 53 ans.

Malade adressé le 4.10.62 à la Clinique Ophtalmologique de Lyon pour décollement de rétine de l'œil droit.

Antécédents personnels :

Décollement de l'O.G. opéré sans succès en 1958.

Glaucome chronique de l'O.D. mal équilibré par le traitement médical (Diamox, Pilocarpine).

Histoire actuelle :

Depuis une quinzaine de jours, amputation du champ visuel inférieur de l'œil droit.

A l'entrée : V.O.D. : 0.

Buée épithéliale fine. P.O.D. : 76 mm de Hg. Cristallin opalescent.

Décollement temporal supérieur avec 2 déchirures en fer à cheval à 10 et 12 heures.

Intervention O.D. le 12.10.62 :

Repérage des deux déchirures. Volet scléral de 9 à 1 heure. Ponction à 11 heures qui donne une réapplication correcte. Diathermie. Inclusion de sclère.

Intervention OD. le 29.10.62 :

Photocoagulation complémentaire à 10 et 1 heure.

Suites : réapplication de la rétine obtenue. La pression est de 51 mm de Hg. Sort avec 2 comprimés de Diamox par jour.

Nouveau séjour le 16.5.63 : entre pour intervention antiglaucomateuse O.D.

V.O.D. : 1/10 avec — 2,50 (— 2,50 à 90°).

P.O.D. : 50 mm de Hg.

La chambre antérieure est étroite, l'angle est fermé.

F.O. : rétine à plat. Excavation de la papille.

Le champ visuel montre une amputation nasale inférieure avec scotome arciforme.

Intervention O.D. le 23.6.63 :

Iridencleisis pratiqué sous perfusion d'urée, et rendu très difficile par les adhérences de la conjonctive supérieure.

Suites opératoires marquées par un hyphéma. Sortie le 9.7.63.

OBSERVATION N° 52

CAL... André, 40 ans.

Malade adressé le 2.10.57 pour décollement de rétine de l'O.D.

Antécédents personnels :

Glaucome à angle fermé ayant nécessité un iridencleisis à gauche le 1.4.57, à droite le 3.7.57.

Histoire actuelle :

Le 1.8.57 apparition d'un scotome temporal qui s'étend, puis d'un syndrome maculaire.

O.D. : V. : 1/10.

Décollement nasal avec déchirure à lambeau à 1 heure.

O.G. : V. : 10/10.

Intervention O.D. le 7.10.57 :

Diathermie très postérieure des deux quadrants nasal supérieur et nasal inférieur 2 perforantes à 4 et 5 heures qui ne ramènent pas de liquide.

Suites opératoires très simples : rétine réappliquée.

Le 17.9.58, on note :

V.O.G. : 8/10. P.O.D. : 24 mm de Hg.

V.O.G. : 6/10. P.O.G. : 17 mm de Hg.

OBSERVATION N° 53

LEL... Elise 57 ans.

Malade hospitalisée le 26.4.62 pour glaucome congestif de l'œil droit.

Antécédents familiaux :

Deux sœurs myopes fortes dont une a fait un décollement.

Antécédents personnels :

Myopie forte.

Décollement de l'O.G. en 1954 non opéré.

Histoire de la maladie :

Crise de glaucome aigu de l'œil droit en Mars 1962 bien réduite par le Diamox.

O.D. : V. : 7/10 avec — 7,50.

Opalescence du cristallin.

P.O.D. : 19 mm de Hg.

L'angle iridocornéen est étroit, mais ouvert.

Intervention O.D. le 4.5.62 :

Iridectomie périphérique a externo.

Suites opératoires très simples. La malade a été revue le 25.10.63 : la pression oculaire est de 15 mm de Hg sans traitement.

CONCLUSIONS

I. - L'association glaucome primitif-décollement idiopathique de la rétine est beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense classiquement. Elle s'observe surtout chez les sujets myopes et une prédisposition familiale au glaucome ou au décollement est souvent retrouvée. Il s'agit généralement de glaucome chronique simple déjà évolué. Il faut noter la fréquence du décollement rétinien bilatéral.

II. - Le décollement rétinien retentit sur la pression oculaire en entraînant une hypotonie. Par ailleurs, l'hypertonie est un facteur de réapplication de la rétine décollée. D'autre part, le traitement du glaucome, qu'il soit médical (myotiques forts) ou chirurgical peut favoriser la survenue du décollement.

III. - La coexistence des deux affections modifie le tableau clinique habituel et rend difficile le diagnostic des deux maladies. L'évolution anatomique du décollement n'est pas aggravée par la présence du glaucome, qui semble plutôt un facteur favorable à sa guérison. Le glaucome est lui aussi souvent stabilisé par l'intervention du décollement pendant quelques mois, puis il reprend son aspect évolutif propre.

IV. - Devant l'association glaucome primitif - décollement de rétine, il faut opérer d'abord le décollement, en réservant aux moyens médicaux la correction de l'hypertonie oculaire. Une exception doit être faite cependant pour le glaucome à angle fermé ayant entraîné déjà plusieurs crises hypertensives aiguës : la dilatation pupillaire est alors impossible et il faut pratiquer une iridectomie totale d'emblée, puis opérer le décollement.

Secondairement, le glaucome pourra nécessiter un traitement chirurgical : les interventions fistulisantes ont peu d'indications et il faut leur préférer les angiocyclusodiathermies ou la cyclodialyse chez l'aphaque.

Le Doyen,
J.F. CIER

Le Président de la Thèse,
L. PAUFIQUE.

Vu et Permis d'imprimer.

LYON, le 31 Mars 1964

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. LOUIS.

BIBLIOGRAPHIE

- ABBOUD I. — Retinal detachment after D.F.P. Bull. Ophthal. Soc. Egypt. 48, ses. 52, 167-168, 1955.
- APOLLONIO A. — E l'ipertensione bullare il miglior coadjuvante Alla guarigione chirurgica del distacco di retina. XII^e Cong. Soc. toscano-umbroemiliana Oftal. Pise 26 Avril 1959. Boll. Oculist., 38, 10, 813, 1959.
- ARLT F. — Die krankheiten der Auges. 2, 158, Prag. 1855.
- AURICCHIO G. — La resistenza al deflusso dei liquidi endoculare nel corso di un processo infiammatorio a carico dell'uvea e di un distacco di retina. Ann. Ottal. 83, 1, 89-108, 1957.
- BEATTIE P.H. — Three unusual cases: I case of retinal detachment associated with bilateral chronic glaucoma. Trans. Ophthal Soc. U.K. 81, 311-317, 1961.
- BELZ. — Glaucome chronique et décollement de rétine sur un œil unique. Soc. Ophthal. Lyon 18 Avril 1948. C.R. in Bull. Soc. Ophthal. Fr., 6, 325-326, 1948.
- BERARD-MAGISTRETTI A. — Glaucoma e distacco di retina. Boll. Oculist., 38, 8, 569-604, 1959.
- BERENS C., BREAKEY A.S. — Iridocorneosclerectomy for glaucoma. Amer. J. Ophthal. 50, 1, 45-55, 1960.
- BERNARD P. — Le décollement de la choroïde. Rapport Soc. Ophthal. Paris. Bull. Soc. Ophthal. Fr. 5 bis, 1959.
- BOLES CARENINI B. — Ipotonia acuta e distacco retinico bilaterali. Ann. Ottal. 87, 2, 79-84, 1961.
- BONAMOUR G. — Une complication rare après opération de décollement rétinien: la poussée de glaucome aigu. Soc. Ophthal. Lyon 6 Février

1949. C. R. in Ann. Oculist. (Paris), 182, 799, 1949.

BONAVOLONTA A. — Rapporti tra la tensione oculaire e i vari elementi del distacco di retina. Giorn. Ital. Oftal 10, 4, 257-274, 1957.

BONAVOLONTA A., BONAVOLONTA G. — Considerazioni sulla ciclo-dialisi. Ann. Ottal. 86, 1, 16-35, 1960.

BOYD B. — Highlights on retinal detachment surgery: glaucomatous eyes complicated by retinal detachment. Highligts of ophthalmology 125, 1958.

CAMBIASO R.H. — Glaucoma, desprendimiento de retina y quiste de seno macillar homolatéral. Arch. Oftal. B. Ayes 3615, 107-113, 1961.

CASANOVAS J., BRUIX J. — Glaucoma asociado a desprendimento retiniano. Arch. Soc. Oftal. Hisp. Amer., 23, 3, 227-237, 1963.

CHANDLER A., MAUMENEE E. — Une grande cause d'hypotonie. Amer. J. Ophthal. 52, 609-618, 1961.

DOLLFUS M.A., RAEYMAECKERS G. — La galvanocautérisation à pointe fine dans le traitement du décollement rétinien. Etude de 1060 cas de décollements rétinien. Ann. Oculist. (Paris) 193, 1, 384-409, 1960.

DRANSART. — Décollement rétinien et iridectomie. Ann. Oculist. (Paris) 92, 30, 1884.

DUFOUR R., BIANCHI G. — Décollement de la rétine et glaucome. Ophthalmologica (Basel), 133, 241-248, 1957.

DUKE ELDER S. — Text book of ophthalmology. The complications of myopia Henry Kimpton, London IV, 4333-4335, 1949.

FILATOVA Z.A. — A study of intraocular pressure-in patients with ablatio retinae. Oftal Z 3, 174-178, 1961.

FRANÇOIS J. — L'hérédité en ophtalmologie. Masson Edit., 1958.

FUCHS E. — Netzhautablösung und drucksteigerung. Graefe's Arch. Ophthal. 101, 265, 1920.

FUNDER W. — Das schicksal der einseitig an Netzhautablehung Erblindeten. Oesterr- Ophthalm. Ges. 2 juni 1956. C. R. in Klin. Mbl. Augenheik., 129, 2, 330-335, 1956.

- GAILLARD G. — Résultats fonctionnels du traitement chirurgical du décollement de la rétine. Rapport Soc. Fr. Ophthal. 1962.
- GILLESPIE F., COVELLI B. — Hereditary high myopia with retinal detachment. Arch. Ophthal. (Chicago) 69, 6, 733-736, 1963.
- GONIN J. — Pathogénie et anatomie pathologique des décollements rétiens. Bull. Soc. Franç. Ophthal. 1-104, 1920.
- GOTFREDSEN E. — Investigations into hyaluronic acid and hyaluronidase in the subretinal fluid in retinal detachment partly due to ruptures and partly secondary to malignant choroidal melanoma. Brit. J. Ophthal 33, 12, 721-732, 1949.
- GRADLE H.S., SNYDACKER D. — Retinal detachment occurring in primary compensated glaucoma. Amer. J. Ophthal, 23, 1, 52-59, 1940.
- GRUBER E. — Retinal detachment and its relation ship to trauma. Amer. J. Ophthal. 56, 6, 911-919, 1963.
- HAISTEN M.W., GOYTON J.S. — Cyclodialysis with air injection. Arch. Ophthal. 59/4, 507-514, 1958.
- HEINZ K. — Netz hautabhebung nach anlegen einer lindnerschen. Bullrusfistel und einer Elliotschen Trepanation. Wiener Klinische wochenschrift 59/49, 819, 1947. In Excerpta Medica 1948, N° 1248.
- HOGAN M.J., ZIMMERMAN L.E. — Ophthalmic pathology. Saunders Edit. Philadelphia 1962.
- HUERKAMP B., BEHME H. — Die Augendrucklage insbesondere das Glaukom bei Ablatio retinae mit Orariss. Graefe's Arch. Ophthal. 156, 4, 433-442, 1955.
- HUERKAMP B., LEIDIG I., KLOMP G. — Bedeutung der begleitsymptome bei ein und beidseitiger Ablatio retinae. Graefe's Arch. Ophthal. 155/6, 556-566, 1954.
- IRVINE A.R. — Disc changes in glaucoma. Amer. J. Ophthal 39/3, 458, 1955.
- JUDSON M.E. — Acute congestive glaucoma. Amer. J. Ophthal. 343, 450-451, 1951.

- JULIEN R. — Un cas de décollement de la rétine, mal réappliqué par résorption sclérale, guéri après une crise de glaucome aigu. Soc. Ophtal. de Bordeaux et Sud-Ouest, 15 Octobre 1961. C. R. in Bull. Soc. Ophtal. Fr. 9-10, 725-726, 1961.
- KASTNER M. — Die Trepanationsiridenkleisis. Klin Mbl. (Augenheilk) 138, 2, 199-210, 1961.
- LA ROCCA V. — Retinal detachment from diisopropyl fluorophosphate in an aphakic eye. N.Y. St. J.M. 15 Mai 1952, 521, 10, 1329-1330. Amer. J. Ophthal. 35, 12, 1870, 1952.
- LARROUDE G. — Les décollements traumatiques de la rétine. Thèse Paris, 2 Avril 1957.
- LAWTON SMITH J. — Retinal detachment and Glaucoma. Highlights of Ophthalmology 16, 1, 45-46, 1963.
- LEGRAND J., HERVOUET F. — A propos de la pathogénie du décollement de la rétine. Bull. Soc. Ophtal. Fr. 9, 609-614, 1957.
- LEYDHECKER W. — Die wassertrinhprobe bei netzhautablösung. Klin. Mbl. Augenheilk 122/3, 272-276, 1953.
- LOHLEIN W. — Ablatio retinae nach trepanations-cyclodialyse. Dtsch. Ophthal. Ges. Heidelberg septembre 1949. Ber dtsch ophth. ges 55, 352-354, 1949.
- MARR W.G. — The clinical use of diisopropyl fluorophosphate (D.F.P.) in chronic glaucoma. Amer. J. Ophthal 30-11, 1423-1426, 1947.
- MARX P., LANGLOIS J., PINCHON S. — Décollements réiniens et hypertension oculaire. A propos de trois cas. Soc. Ophtal. Paris, 8 Février 1959. Bull. Soc. Ophtal. Fr. 2, 160-167, 1959.
- MEHRA K.S., GUPTA M.K. — Retinal detachment and glaucoma. Brit. J. Ophthal. 46, 12, 756-757, 1962.
- MEISNER. — Netzhautablösung nach künstlicher Druckherabsetzung des Auges. Verein. Rhein Westf Augenärzte Münster, 5 Octobre 1952. C. R. Klin Mbl Augenheilk 123, 2, 113, 1953.
- MONTIBERT J. — Traitement préventif chirurgical du décollement idiopathique de la rétine. Thèse Lyon 1964.

- NESSEROFF A. — Décollement de la rétine dans un œil glaucomateux. *Viestn Oft* 34, 3, 38 Mai-Juin 1955.
- OURGAUD A.G., BERARD P.V. — Décollement rétinien et hypertonie oculaire. *Soc. Franç. Ophtal.* Paris 11 Mai 1955. *Bull. Soc. Franç. Ophtal.* 68, 384-392, 1955.
- PANDOLFI E. — Distacco idiopatico della retina e glaucoma cronico semplici. *Boll. Oculist.* 20, 873, 1941.
- PAU. — On the etiology, pathology and surgical treatment of retinal detachment. *Amer. J. Ophthalm.* 47, 4, 565-572, 1959.
- PAUFIQUE L. — The present status of the treatment of the retinal detachment. Bowman Lecture Mai 1959. *Trans. Ophthalm. Soc. U. K.* 79, 221-248, 1959.
- PAUFIQUE L., HERVOUET F. — Anatomie pathologique et pathogénie du décollement de la rétine. Etat actuel du traitement. *Ann. Oculist. (Paris)* 195, 5, 385-455, 1962.
- PAUFIQUE L., SPIRA C. — Sept cas de réapplication tardive de décollements rétinien opérés. Rôle de la résection sclérale lamellaire. *Soc. Ophtal.* Lyon 2 Mai 1954.
- PILLAT . — Zur Frage postoperativen Netzhautablösung nach Zyklodialyse. *Zeit. f. Augen* 85, 5-15, 1934.
- PIVOTEAU L. — Un cas de décollement idiopathique accompagné d'hypertonie. *Bull. Soc. Ophtal. Fr.* 9, 787-790, 1950.
- POSNER A. — Notes on ophthalmology : detachment of vitreous and retina caused by miotics. *Eye, Ear, Nose, Thr. Monthly*, 41, 7, 548-551, 1962.
- RODRIGUEZ GONZALEZ A. — Despredimiento de la rétine. *Arch. Soc. Oftal. Hisp. Amer.* 21, 12, 1838-1850, 1961.
- ROSA D. — Rapporti clinici tra glaucoma e distacco di retina. *Arch. Ottal.* 65, 1-2, 25-44, 1961.
- ROYER J. — Biochimie du liquide sous-rétinien dans le décollement de rétine essentiel. *Electrophorèse des protéines.* Thèse Lyon, 1960.
- SANTONI A. — Comportamento dell' occhio affetto da distacco di retina nella prova di carico idrico dell'organismo. *Ann. Ottal.*, 77, 7, 323-340, 1951.

- SARIN L.K., CHESSEN G.J., ROBB Mc DONALD P. — The problem of glaucoma. Presentation of two cases. *Amer. J. Ophthal.*, 56, 6, 908-911, 1963.
- SCHEPENS C.L. — L'inflammation de la région de l'ora serrata et ses séquelles. *Bull. Mém. Soc. Franç. Ophtal* 63, 113-125, 1950.
- SCHEPENS C.L. — Importance of the vitreous body in retina surgery. Second Conference of the retina foundation 30-31 Mai 1958.
- SCHEPENS C.L. — Retinal detachment and aphakia. *Arch. Ophthal* (Chicago) 45, 1-16, 1951.
- SCHEPENS C.L. — Subclinical retinal detachments. *Arch. Ophthal.* (Chicago) 57, 593-606, 1952.
- SCHIFF-WERTHEIMER S. — Données du pronostic dans le traitement chirurgical du décollement rétinien. *Année théér. Ophtal.* 4, 469-476, 1953.
- SCORCIARINI COPPOLA A., CRISTINI G. — Il comportamento ed il significato della prova di carico a distanza negli occhi operati di distacco di retina con il metodo di Wewe. *XLI^e Cong. Soc. Oftal. Ital.* Bologna 3-5 Mai 1955. *Atti. Soc. Oftal. Ital.* 15, 425, 1955.
- SEBESTYEN J.G., SCHEPENS C.L., ROSENTHAL M.L. — Retinal detachment and glaucoma. *Arch. Ophthal* (Chicago) 67, 6, 736-745, 1962.
- SEDAN J. — Décollement traumatique de la rétine, amélioré au cours d'une crise de glaucome consécutif. *Ann. Oculist.* (Paris) 165, 582-587, 1928.
- SEDAN J. — De l'incidence apparemment favorable d'une hypertension oculaire intercurrente sur l'évolution de certains décollements de la rétine. *Ophthalmologica* (Basel) 136, 151-157, 1958.
- TERRIEN F. — Glaucome et décollement de la rétine. *Arch Ophtal.* (Paris) 623, 1912.
- TJANIDES Th., GEORGIADES G., KONSTAS K., ARGALIAS A. — Décollement opéré avec succès chez un malade glaucomateux. *Soc. Ophtal. Grèce du Nord* 22 Septembre 1956. *Ann. Oculist.* 190, 11, 881, 1957.

- VETTER J. — Ablatio retinae als zweiterkrankung bei Mikrophthalmus und Glaukom. *Klin. Mbl. Augenheilk.*, 134, 3, 421-426, 1959.
- VIKARI K., TUOVINEN E. — On cyclodialysis surgery in the light of follow up examinations. *Acta Ophthal*, 35, 5, 528-542, 1957.
- WEEKERS R. — Le diagnostic précoce du glaucome débutant. *Bull. Soc. Belge Ophtal.* 121, 1, 1-209, 1959.
- WEEKERS R., LAVERGNE G. — Décollement de la rétine provoqué par le diisopropylfluorophosphate (D.F.P.). *Bull. Soc. belge Ophtal.* 109, 1, 273-294, 1955.
- WESTMITH R.A., ABERNETHY R.E. — Detachment of retina with use of diisopropylfluorophosphate in treatment of glaucoma. *Arch. Ophthal.* 52, 5, 779-780, 1954.
- WILSON J.D., THOMAS P.M., CAMPBELL E.M. — Retinal detachment. *Amer. J. Ophthal.* 3415, 739-742, 1951.
- ZEFF A. — A propos du décollement de rétine après instillation de myotiques forts. Thèse Paris, 1962.
- ZEPPA R. — La tensione oculare nel distacco di retina. *Ann. Ottal.* 76, 1, 144-156, 1950.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	15
HISTORIQUE	17
ETIOLOGIE	19
I. - Fréquence	19
II. - Facteurs favorisants	21
PATHOGÉNIE	31
I. - Généralités	31
II. - Rapports réciproques de la rétine et de la pression oculaire	33
III. - Comment expliquer l'association des deux maladies?	37
ÉTUDE CLINIQUE	39
I. - Les circonstances de découverte	39
II. - La symptomatologie	39
III. - Les signes d'examen	40
IV. - L'évolution	43
DÉDUCTIONS PRATIQUES	49
I. - Le diagnostic de l'association glaucome primitif - décollement de rétine	49
II. - Le pronostic de l'association glaucome primitif - décollement de rétine	50
III. - Les indications thérapeutiques	52
OBSERVATIONS	55
CONCLUSIONS	101
BIBLIOGRAPHIE	103
